This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N33 .D36 1867 STOR
Des doctrines et des connaissances nouve
24503430209

Delzenne, Adolphe.

Des doctrines et des connaissances nouvelles en syphiliographie.

N33
D36
1867

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

DES DOCTRINES

ET DES CONNAISSANCES NOUVELLES

EN SYPHILIOGRAPHIE

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

DES DOCTRINES

ET

DES CONNAISSANCES NOUVELLES

EN SYPHILIOGRAPHIE

PAR

Adolphe DELZENNE

DOCTEUR EN MÉDECINE.

LANE MEDICAL LIBRARY
12109
SAN FRANCISCO

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1867

LANE LIBRARY

1155
D 36
1867

DES DOCTRINES

ET

DES CONNAISSANCES NOUVELLES

EN SYPHILIOGRAPHIE

Je me propose de donner ici l'exposé des doctrines et des connaissances nouvelles en syphilis. Je passerai rapidement sur divers points qui me paraissent généralement admis par les auteurs, et je discuterai avec soin ceux sur lesquels il plane encore des doutes. J'indiquerai ensuite les signes différentiels des accidents nombreux que nous présente cette affection complexe. Enfin, j'exposerai sommairement, à l'article *Traitement*, les idées nouvelles que vient de professer M. G. Sée, sur le mercure et sur l'iode. Je vais d'abord, en quelques pages, indiquer les phases par lesquelles ont passé les doctrines anciennes avant d'arriver aux théories aujourd'hui adoptées par le plus grand nombre. Je parlerai peu de l'origine de la syphilis : le sujet exigerait un gros volume de citations historiques Il a été l'objet, dans ces dernières années, de travaux importants qui semblent avoir consacré, d'une façon définitive, l'idée d'Astruc, c'est-à-dire l'origine américaine,

ou tout au moins moderne de la syphilis, en même temps que l'origine ancienne du chancre simple et de la blennorrhagie, du bubon et des végétations. Les écrivains de la Grèce et de Rome parlent de ces accidents vénériens ; ils ne disent pas un mot sur les accidents syphilitiques qui n'eussent pu rester secrets, quand on réfléchit à la licence effrénée de leurs écrits. Si cette épouvantable maladie avait existé dans l'antiquité, elle serait relatée dans Hippocrate, Celse et Galien, qui ont décrit toutes les affections qu'ils observaient avec un génie qui domine encore la médecine de nos jours et dont on ne peut mettre en doute le talent d'observation. M. Littré, dont personne ne niera la savante érudition, conclut ainsi : « Aucune trace d'affection syphilitique ne se fait voir dans l'antiquité, mais une foule d'affections des organes génitaux y sont notées, ne se rapportant à aucune spécificité syphilitique. » Le seul passage qui, selon M. Littré, paraît se rapporter à la syphilis, avant 1494, est de Gérard, médecin du Berry, au XIIIe siècle : « Virga patitur à coïtu « cum mulieribus immundis, ex spermate corrupto, vel « ex humore venenoso in colo matricis recepto ; nam « virga inficitur et aliquando totum corpus. » Mais M. Littré s'empresse de constater que le manuscrit de Gérard, dans lequel il a trouvé ce passage, n'est point authentique. Quelle conclusion tirer d'un ouvrage reconnu apocryphe, par le premier bibliographe médical ? Follin, dans un chapitre consacré à l'historique de la syphilis, conclut à son ancienneté. Mais les passages qui sont invoqués se rapportent aux ulcères simples contagieux, et l'on sait aujourd'hui que le chancre induré seul, dont aucun auteur ne fait mention, donne la syphilis.

Follin cite divers passages dans lesquels il croit retrouver les accidents secondaires ou tertiaires; mais ils se rapportent aussi bien, et même mieux, à d'autres affections. Arétée parle d'une destruction de la luette, du palais, de l'épiglotte ; mais le cancer produit ces accidents mieux que la syphilis. Les douleurs ostéocopes de Galien sont le fait de toutes les affections des os.

Les ulcérations des jambes de M. Empiricus se retrouvent tous les jours dans nos salles, et pas un médecin ne rapporte exclusivement à la syphilis les ulcères superficiels ou profonds des jambes. Le lupus, si commun dans certains endroits, ne suffit-il pas pour ronger le nez? Le passage de M. Daremberg n'indique pas une infection générale qui succède aux ulcères de l'anus; mais il désigne des ulcères locaux qui gagnent et s'étendent de proche en proche (sed et vicina loca). Il répugne de croire que les médecins anciens n'ont point saisi le rapport qui existe entre le chancre primitif et les accidents consécutifs, rapport d'autant plus éclatant que la vérole n'est pas traitée.

Au xve siècle, époque d'invasion et de diffusion rapidement universelles de la syphilis en Europe, les auteurs ne la confondaient pas avec le chancre simple et la blennorrhagie. Elle forma alors une sorte d'endémo-épidémie presque générale, surtout dans les grands centres de population et dans les camps, comme de nos temps on la voit régner dans la Suède, le Danemark, la Norwége, la Kabylie, comme on la voit régner dans certains villages, où, importée par un soldat ou toute autre personne, elle se propage avec une rapidite effrayante qui rappelle celle de son début au xve siècle. Si les poëtes et les médecins des temps passés avaient

décrit les affections vénériennes sans toucher à la syphilis, avant 1494, la thèse change totalement à partir de cette époque ; tous les auteurs qui constituent cette pléiade de médecins, si bien désignés par M. Rollet, sous le nom de Pères de la syphilis, sont unanimes à maudire le fléau nouveau que sèment partout la prostitution et les armées. Ce mal inconnu les défie, et ils avouent leur ignorance, leur impuissance contre cette peste qui n'épargne ni couronne, ni crosse, et que leurs pères ignoraient.

A. Benedictus, qui vivait au sein même du foyer où se développa cette affection, dit que, en 1494, il survint une maladie nouvelle, produite par le coït; il décrit les ulcères des organes génitaux qui sont, par le coït, l'origine du mal; les douleurs nocturnes, l'horrible aspect du patient; les ulcérations de la bouche, de la gorge; les pustules, les taches énormes, saillantes; la salivation mercurielle elle-même qui guérit. Il ne la confond nullement avec les ulcères des organes génitaux, le bubon et les écoulements connus des anciens, et qu'il relate dans un chapitre à part.

Widemann, en 1497, dit que cette affection se distingue des autres, en ce qu'elle se généralise, tandis que les autres restent locales; il recommande d'éviter le coït avec les prostituées infectées, même avec les femmes saines qui ont eu des rapports avec un homme malade, l'expérience ayant démontré que celui qui vient après peut récolter l'infection.

J. Gruenpeck, dans un livre édité en 1496, raconte sa propre observation : « La maladie débute par une *papule* qui devient une grande pustule et qui, au bout de deux à trois mois, envoie continuellement sur toutes

les parties du corps une vénéneuse humidité. Lorsque cette première pustule disparaît d'*elle-même*, alors une multitude d'autres envahissent tout le corps. » Il décrit ensuite les diverses éruptions, avec leur forme et leur siége, et maudit l'ignorance des médecins, dont les plus célèbres le traitèrent si bien que, couvert de tubercules et de larges ulcérations qui vomissaient de la sanie, il se livra aux charlatans qui le guérirent avec *l'arsenic*, *l'or et le mercure*. Le mal revint; il fut guéri de nouveau; le mal reparut encore et fut suivi d'une nouvelle cure.

U. de Hutten, en 1519, décrit la maladie nouvelle de 1494 dont il fut victime; elle est contagieuse par le coït, et les enfants et les vieillards en sont exempts. Le gaïac le guérit, après qu'il eut 11 fois suivi le traitement des frictions au mercure.

M. Cumanus, dit que « en 1495, à Novare, il vit des écuyers et des fantassins, dont la face et le corps entier étaient couverts de pustules; que le mal débutait sur le prépuce et sur le gland; que, au bout de quelque temps, survenaient des douleurs des bras, des jambes, et des grosses pustules qui rendaient les malades non traités semblables à des lépreux ou des varioleux. » M. Cumanus ne confond aucunement cette maladie avec les ulcères des anciens qu'il décrit dans d'autres chapitres de son traité. Pour lui, la maladie est nouvelle, générale, avec sa lésion primitive.

Steber (Vienne, 1498), décrit le mal nouveau. Petrus Pinctor écrit en 1499 : « La maladie nouvelle qui parut en 1494 est contagieuse; elle débute par les organes génitaux, surtout sur le gland et le prépuce de l'homme et la vulve de la femme. » Il établit que cette maladie

n'est ni l'éléphantiasis, ni la lèpre, ni toute autre maladie ancienne.

Fulgosus, en 1509, dit qu'un nouveau mal frappe les mortels....

Capreolus dit qu'en 1594 survint un fléau monstrueux, universel, se développant sur la vulve et sur le gland, amenant des pustules purulentes, des croûtes hideuses sur le corps, des tubercules et d'affreuses douleurs articulaires.

P. Jovius raconte que les Français, en 1494, importèrent en Italie une maladie nouvelle, inconnue des anciens...

Jean de Vigo, chirurgien de Jules II, traite à part les ulcères des organes génitaux et la blennorrhagie, comme des maladies anciennes, qu'il ne confond pas avec les ulcères nouveaux, *durs*, qui ouvrent la marche de la syphilis. « En 1494, il apparut un mal nouveau, contagieux surtout par le coït, débutant sur la vulve et sur la verge par des pustules de couleur livide, avec induration (*cum callositate eas circumdante*). Le mal se répand par tout le corps, altère la masse de sang et produit des pustules, des macules, des ulcères et des croûtes nombreuses, de la tête aux pieds. Au bout d'un an, viennent des tumeurs osseuses, amenant des douleurs nocturnes.... les os s'altèrent; il peut y avoir nécrose des os de la tête; des maladies des yeux, surtout l'ophthalmie chronique avec troubles de la vision (iritis); enfin, quelquefois survient de la fièvre qui conduit le malade à l'étisie et à la mort. Comme cette maladie est *nouvelle* et tout à fait inconnue des médecins, il est bien difficile de soulager les malades. » L'auteur recommande de détruire par les caustiques les ulcères du gland qui

sont l'origine du mal, pour que la virulence ne se répandé pas sur tout le corps ; il préconise le mercure et les frictions mercurielles jusqu'à salivation.

J. Catanée (1505, *de Morbo gallico*) raconte que, en 1494, il survint en Italie un mal monstrueux, que nul siècle n'a connu, nouveau pour l'univers, nullement semblable aux autres ulcères. « Un homme peut avoir les organes sains et donner la maladie *par son sang*. Un homme peut être infecté par une femme saine qui vient d'avoir des rapports avec un homme malade, la semence existant encore dans la matrice. Plusieurs nourrissons, atteints de ce mal, ont infecté leurs nourrices ; le lait d'une nourrice malade peut infecter le nourrisson, car le lait est infectant, comme le sang. » Il dit avoir vu des hommes braver un coït infect et rester sains ; mais il engage à ne pas s'exposer. Il déduit le pronostic des accidents consécutifs de l'aspect de la lésion primitive : « Si on voit un ulcère enflammé et corrosif se développer sur la verge avec chaleur et douleur, le virus est chaud et âcre ; si, au contraire, l'ulcère est petit, avec peu de chaleur, et que l'infection soit restée longtemps latente, alors le virus est froid et obtus. »

Citerai-je Fracastor et son nouveau fléau ; il assista à sa naissance et fut son parrain. Comme Catanée, il connait son incubation qu'il fixe à un, deux, voire même quatre mois.

Torella, médecin d'Alexandre VI et évêque, dans ses traités de la syphilis, publiés de 1497 à 1500, décrit la maladie nouvelle importée d'Amérique en Espagne en 1493 ; de là, elle fut portée en Italie, d'où bientôt elle envahit l'Europe. « La matière en est contagieuse, maligne et virulente ; le mal débute par les organes géni-

taux ; mais, si une autre partie du corps est mise en contact avec une pustule sordide et virulente, l'infection commence par elle ; c'est ce qui a lieu pour le nourrisson chez qui l'accident primitif commence à la bouche ou à la face, parce que les mamelles et la bouche des nourrices sont malades et que les nourrices embrassent souvent leurs enfants. » Torella a laissé des observations qui montrent que la syphilis était alors telle que nous la voyons aujourd'hui et qui ne permettent aucune confusion avec les maladies de la peau.

Je pourrais faire mille autres citations empruntées aux auteurs qui vivaient vers la fin du xve siècle et qui démontrent toutes la nouveauté du mal dont ils distinguent fort bien la lésion primitive et les accidents consécutifs des ulcères et des maladies de la peau connus des anciens. — Maladie nouvelle, inconnue, différente de toutes autres, contagieuse par les rapports sexuels, débutant par un chancre induré qui ouvre la marche à la roséole, aux papules, aux pustules, aux tubercules, au rupia, aux douleurs nocturnes, aux gommes, aux exostoses, avec rémissions par le mercure ; maladie héréditaire, se transmettant du nourrisson à la nourrice et réciproquement, par le sang, par les accidents secondaires, et débutant toujours par un chancre dur, calleux.

La syphilis était donc bien connue des premiers auteurs qui la virent naître, et dont les descriptions sont d'une précision admirable. Comment le chaos est-il arrivé à ce point que l'on a tout confondu, vers 1530, quarante ans après son apparition en Europe ? On en vint à considérer le chancre infectant, le chancre simple et la blennorrhagie comme également susceptibles de donner

la syphilis, et l'erreur régna en maîtresse. L'esprit humain mit plus de trois siècles à débrouiller le chaos dans lequel il eut été si facile de ne pas tomber.

Ces trois siècles de tâtonnements furent marqués par un certain nombre de découvertes successives qui préparèrent les voies à cette théorie de la dualité dont la paternité revient tout entière à un observateur éminent, M. Bassereau, et qui n'est qu'un retour, cette fois définitif, puisqu'il est basé sur les faits, aux doctrines admises sans conteste par les premiers syphiliographes.

Voyons d'abord comment la blennorrhagie fut séparée de la syphilis et du chancre simple.

En 1777, le professeur Tode, de Copenhague, émit l'idée que la blennorrhagie et la syphilis pouvaient ne pas être la même maladie. B. Bell, en 1793, et plus tard son traducteur et commentateur Bosquillon, en 1802, reprirent la thèse si mal accueillie à sa naissance et fournirent de nouveaux arguments en sa faveur. La meilleure raison qu'ils donnèrent était tirée du vieil adage *Naturam morborum curationes ostendunt :* ils démontrèrent l'inutilité du traitement mercuriel contre la gonorrhée; l'efficacité, la nécessité même de son emploi contre toutes les affections syphilitiques. Bientôt après, en 1808, la Société de médecine de Besançon mit au concours cette question alors très-discutée et demanda de « déterminer par des expériences et des observations concluantes s'il y a identité de nature entre le virus de la gonorrhée et celui de la vérole ; si l'une peut donner l'autre et si le traitement qui convient à l'une peut être appliqué à l'autre. » Hernandez, dans un mémoire couronné en 1812 à Besançon, démontra la non-identité des deux maladies :

Elles n'ont pas pris naissance à la même époque ; le

virus de la gonorrhée n'engendre que la gonorrhée et jamais le chancre simple ou la syphilis. Telles sont les conclusions auxquelles l'ont amené les preuves historiques, l'expérimentation et l'observation clinique.

« Mon expérience personnelle ne me servira le plus souvent qu'à apprécier la valeur des faits dont je me servirai. Encore, les choisirai-je de préférence parmi les adversaires de l'opinion la mieux fondée. L'exemple de tant d'hommes illustres que des opinions admises ou favorites ont empêchés de bien voir les faits, même ceux d'une observation journalière, ne rend-il pas cette précaution indispensable » (1)? Ces quelques lignes démontrent l'esprit du livre et la conscience avec laquelle il fut écrit.

La non-identité prouvée par Hernandez trouva des contradicteurs; cependant il avait indiqué les cas rares où la syphilis suit la gonorrhée, par suite d'un chancre larvé uréthral, opinion que des faits probants permirent à M. Ricord de vérifier. L'opinion d'Hernandez fut en partie acceptée et les auteurs qui écrivirent sur la syphilis de 1812 à 1830, admirent, comme le fit Lagneau, une blennorrhagie syphilitique et une non virulente. Ce fut Cullerier neveu, père du chirurgien actuel, qui le premier, dans ses cliniques à l'hôpital du Midi, adopta et défendit le dogme de la non-identité. Enfin, M. Ricord parut. Son enseignement assura le succès complet de cette idée qu'il a défendue avec un rare talent et consolidée par un grand nombre de faits nouveaux. Ce sera dans l'avenir son titre le plus incontesté. Aujourd'hui, les défenseurs de la vieille théorie de l'identité

(1) Hernandez, p. 49.

sont rares. Ce sont, ou mieux c'étaient les médecins de l'hôpital Saint-Louis qui, par la nature même des sujets sur lesquels portaient leurs recherches dans les services où l'on n'a à traiter que des accidents consécutifs presque exclusivement, se trouvaient amenés, dans l'impossibilité où ils étaient de connaître la nature vraie de l'accident primitif, à rejeter sur le compte de la blennorrhagie dont la plupart de leurs malades avaient été atteints, tous les accidents soumis à leur étude.

L'identité, enterrée par M. Ricord, restait une doctrine, l'unicité, qui faisait une maladie spéciale et locale de la blennorrhagie, mais qui confondait tous les autres accidents, en les imputant au virus syphilitique.

Pour M. Ricord, la syphilis commence toujours par un chancre, qui en est l'exorde obligé.

Si le chancre reste mou, il n'infecte pas le sujet.

Si le chancre s'indure, il est infectant. Tous les chancres peuvent s'indurer, si le terrain est favorable.

Si le chancre s'indure, on peut éviter l'infection, en détruisant l'accident initial dès son apparition.

Le chancre seul donne la syphilis; les accidents dits secondaires et tertiaires ne la donnent pas.

Le sang et les diverses sécrétions d'un sujet syphilitique ne peuvent engendrer la syphilis.

Tel est, en ces sept points, le corps de la doctrine professée, naguère encore, par le maître; tel fut le *credo* des élèves pendant vingt-cinq ans. Mais ce dogme n'est pas immuable, et avec tout le respect dû à la haute autorité du maître, je vais essayer de discuter ces propositions, sauf à réédifier sur de nouvelles bases, au moyen des travaux des syphiliographes contemporains.

Le chancre est l'exorde obligé de la syphilis. Le

chancre syphilitique dérive d'un chancre semblable, suivi d'infection, sur le sujet qui a transmis la contagion, ou bien il dérive d'accidents de syphilis. Le chancre simple, mou de M. Ricord, ne peut déterminer la syphilis, qu'il provienne de sujets vierges, ou de sujets vérolés ; en un mot, chaque chancre se reproduit dans son espèce, quelle qu'en soit la source. L'âge, le sexe, l'idiosyncrasie, le tempérament et la constitution, le terrain enfin ne peuvent être invoqués et n'ont que faire dans cette question, jugée aujourd'hui. M. Bassereau, dans son traité sur les affections symptomatiques de la syphilis (1852), a rejeté à bon droit toutes ces causes illusoires, chères à son maître, et recherché les rapports de forme qui existent entre les symptômes présentés d'un côté par les sujets malades, et de l'autre côté par des auteurs de la contagion. Il confronta les sujets atteints de chancre avec ceux qui avaient déterminé la contagion et trouva que ceux qui avaient été atteints de chancres, suivis d'accidents, avaient eux-mêmes été infectés par des malades porteurs de chancres suivis également d'infection générale. D'autre part, il trouva que les sujets sur lesquels les chancres n'avaient déterminé aucun accident de syphilis avaient été contaminés par d'autres sujets chez lesquels le chancre était resté local, sans aucun retentissement général sur l'organisme(1). « Ces faits constituent par leur régularité une loi à laquelle je n'ai rencontré que des exceptions apparentes. Toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphi-

(1) Bassereau, *loc. cit.*, 198.

litiques tient, avant toute cause, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un chancre, qui a dû être suivi d'accidents constitutionnels. » (Bassereau, *loc. cit.*, 198.)

Il montra que les deux chancres se transmettent comme espèces distinctes, que l'un ne donne pas naissance à l'autre; que le chancre infectant et le chancre non infectant, si différents par leurs signes et leurs conséquences, devaient avoir une nature et une origine distinctes.

Les preuves historiques, invoquées par M. Bassereau, sont aussi concluantes que celles qu'il tire de ses confrontations. M. Clerc écrivait, en 1856, que « toutes les fois qu'une inoculation a été faite par lui, avec résultat positif, toujours il y a eu parité de forme, de nature, entre le chancre inoculé et celui qui avait servi à l'inoculation; que, quand on a transmis la syphilis par inoculation, toujours le pus a été puisé sur des individus vérolés et non sur des sujets n'ayant eu que des chancres simples. »

M. Clerc est remonté, dans sept cas, à la source du chancre infectant; dans les sept cas, il a retrouvé un chancre de même nature, suivi de manifestations générales. Bien plus, dans six cas de chancres simples, il n'a retrouvé, en remontant à la source de l'accident, qu'un chancre simple, sans signes de syphilis.

MM. Diday, Rollet, Rodet, Fournier, Dron, etc., ont été conduits au même résultat par leurs confrontations. Le chancre simple a toujours transmis le chancre simple; le chancre infectant a transmis le chancre infectant (sur un sujet sain, bien entendu). Pas un fait contradictoire ne s'est présenté. Ce n'est donc pas à cause

des prédispositions que les sujets vierges de vérole prennent telle ou telle espèce de chancre, mais parce qu'ils se sont exposés à la contagion de chancres de même forme. Il résulte de cette masse de faits bien observés que les deux chancres se transmettent comme espèces pathologiques distinctes, l'un ne pouvant donner naissance à l'autre; leur origine, leur nature, leur forme, leurs suites sont différentes; le virus syphilitique et le contagium vénérien sont donc différents.

On a cité des faits contradictoires. Mais leur petit nombre, les chances d'erreur, ne permettent pas de s'y arrêter.

M. Fournier, dans sa thèse (1860), assigne trois origines au chancre infectant :

1° Le chancre infectant peut provenir d'un chancre infectant;

2° Le chancre infectant peut dériver d'un chancre à base molle, développé sur un sujet syphilitique;

3° le chancre infectant peut être produit par la contagion d'un accident de syphilis consécutive.

La première et la troisième proposition sont admises sans conteste par tout le monde et il ne prendra à personne la fantaisie de les discuter aujourd'hui. Ce serait nier la lumière.

La deuxième proposition dont la démonstration est tentée à grands frais par l'auteur est inadmissible, quelle que soit la source première de l'accident. Je n'en veux pas d'autre preuve que le jugement porté par M. Fournier lui-même. « J'ai le regret de dire que jusqu'à ce jour, *aucun fait* bien complet n'a été recueilli qui puisse lui venir en aide. L'hypothèse que j'ai avancée n'a donc pas trouvé sa confirmation

clinique, et il est probable qu'elle l'attendra longtemps encore. » Je crois, pour ma part, qu'elle l'attendra toujours, et je vais essayer de le prouver. M. Clerc a démontré expérimentalement que le chancre infectant ne s'inocule pas au porteur ; MM. Nadaud, Puche, sont forcés de conclure que le pus du chancre induré ne s'inocule pas au sujet syphilitique qui l'a fourni et ils croient que le même pus, provenant d'une source étrangère, ne s'inocule pas davantage à tout autre sujet syphilitique. M. Fournier a, sous les yeux et dans le service de M. Ricord, étudié ce que produit l'insertion du pus du chancre infectant sur un sujet syphilitique, et il est arrivé à des résultats saisissants. L'inoculation du chancre infectant a été invariablement négative ; l'inoculation du chancre simple, au contraire, est invariablement positive. M. Laroyenne a essayé vainement d'inoculer le pus du chancre induré sur des sujets syphilitiques.

Pendant mes trois années d'internat à Saint-Lazare, j'ai tenté en vain de réinoculer les chancres infectants que j'ai vus dans le service de mon excellent maître, M. Boys de Loury, qui a bien voulu les laisser en observation jusqu'à leur guérison complète, laquelle se produisit toujours sans cautérisation, sous la seule influence du traitement. J'ai onze fois inoculé à des sujets vierges de vérole des chancres simples dont étaient porteurs des sujets en possession de la syphilis ; j'ai vu naître des chancres simples et jamais des chancres infectants. J'ai inoculé à de nombreux sujets arrivés à la période secondaire, ou à la période tertiaire de la vérole, le pus des chancres infectants que nous tenions en observation, jamais je n'ai obtenu qu'un résultat négatif.

Le chancre infectant ne récidive pas, à l'état de chancre simple, pas plus qu'à l'état de chancre présentant l'induration spécifique ; ce chancre est une manifestation morbide spéciale par son induration, qui est le premier signe de l'infection ; cette induration, limitée d'abord, s'étendra bientôt aux ganglions de l'aine et du cou et manifestera ainsi l'infection ; mais, on ne la reproduira jamais chez le sujet infecté ; seul, le chancre simple, essentiellement distinct du chancre infectant, pourra naître sur ce terrain auquel l'immunité est acquise et prouvée par des accidents. En torturant la nature, comme l'a fait M. Bidenkap au Midi, il a produit quelque chose par l'inoculation du chancre infectant. Mais ce quelque chose est un petit phlegmon traumatique, provoqué par la lacération des tissus; le pus de ce phlegmon inoculé n'amène rien.

Si le chancre infectant ne s'inocule jamais à un sujet syphilitique, si le résultat est invariablement négatif, comment M. Fournier fonde-t-il une hypothèse sur ce que son observation et celle de tous les syphiliographes démontrent impossible? La deuxième proposition écartée, je passe à un autre point de la doctrine du Midi.

Selon M. Ricord, si le chancre s'indure, on peut éviter l'accident en le détruisant dès son apparition. « De tous les chancres que j'ai vu cautériser, ou que j'ai cautérisés moi-même, du premier au quatrième jour de la contagion, aucun n'a été suivi d'infection constitutionnelle. » Si M. Ricord parle du chancre simple, je crois facilement qu'il évite ainsi l'infection qui ne peut et ne doit venir. Mais, il est évidemment impossible de cautériser trois ou quatre jours après la contagion le chancre infectant qui n'apparaît que vingt ou vingt-cinq

jours après elle et qui n'est, du reste, que la manifestation locale de l'état d'infection générale. L'induration qui subsiste longtemps après la guérison de l'ulcération, qui s'étend aux ganglions du cou est aussi un accident de syphilis que je comparerai volontiers à la roséole, aux papules... Le mal est donc alors généralisé et la cautérisation locale ne peut rien contre elle. D'autre part, dans toutes les maladies virulentes, on n'a jamais prévenu l'infection en pratiquant la cautérisation au point inoculé, quand la lésion s'est déjà produite sur ce point, fût-ce dès sa naissance; on a cautérisé plusieurs heures, voire même quelques minutes après l'inoculation, bien avant que le point inoculé fût devenu le siége d'une lésion spécifique, et l'on n'a pu prévenir sûrement l'infection. Des expériences de MM. Renault, Aimé Martin, Monneret, Diday, etc., il ressort que :

1° Le virus syphilitique introduit dans les tissus est rapidement absorbé;

2° Que la période d'incubation est le temps nécessaire pour que le virus pénètre dans l'organisme et se reproduise;

3° Que la destruction par la cautérisation ou tout autre procédé du chancre infectant n'empêche pas le développement de la maladie;

4° Que le chancre infectant est la première manifestation de la syphilis.

Pour M. Ricord, le chancre seul donne la syphilis... Je répondrai que si le chancre infectant engendre la syphilis, les accidents secondaires ont aussi un pouvoir contagieux qui, pour avoir été nié par M. Ricord et ses élèves, n'en est pas moins aujourd'hui péremptoirement

démontré par les travaux et les inoculations de Wallace, Vidal de Cassis, Waller, Rinecker, Guyénot, Rollet, Gibert, etc... La contagion des accidents tertiaires n'est pas démontrée; la science ne possède encore aucune inoculation positive obtenue avec le pus qu'ils sécrètent. Les véhicules qui transmettent la syphilis sont : les humeurs morbides provenant de lésions syphilitiques primitives ou secondaires; le sang des sujets atteints de syphilis primitive ou secondaire. Le résultat de la contagion d'un accident syphilitique quelconque est toujours un chancre infectant. Quant aux humeurs morbides dérivant de lésions non syphilitiques et aux sécrétions normales (lait, sueur, larmes), aucun fait n'a démontré leur contagiosité: ces humeurs subissent sans doute une catalyse radicale qui leur fait perdre tout pouvoir contagieux, bien qu'elles soient élaborées par le sang. Le sperme infecte l'ovule qu'il féconde, mais il n'est pas inoculable.

Si l'ancienneté du chancre simple, l'origine moderne de la vérole, les preuves tirées de l'expérimentation, les confrontations démontrent la dualité, la coexistence des deux chancres en achève l'édifice.

Si l'on dépose sur un chancre infectant du pus provenant d'un chancre simple, le chancre infectant n'est pas un obstacle au développement du chancre simple au point inoculé et l'on aura au même point coexistence d'un chancre simple et d'un chancre infectant, ou un chancre mixte. Si l'on recueille du pus de ce chancre mixte et qu'on l'inocule au porteur, on obtiendra un chancre simple. Si, au contraire, on inocule le pus de ce chancre mixte à un sujet vierge de syphilis, ou aura d'abord, au bout de peu de jours, un chancre simple qui

existera seul. Si l'on guérit alors ce chancre simple, on verra, après une incubation moyenne de vingt à vingt-cinq jours, apparaître le chancre infectant qui restera seul à son tour. Mais, si le chancre simple n'était pas guéri, le chancre infectant naîtrait également, et les deux chancres coexisteraient au point d'inoculation. Il ressort de ces faits la distinction, la séparation complète des deux affections, puisqu'elles peuvent coexister et se reproduire isolément et indépendamment l'une de l'autre.

Conclusions.—De cet examen, il résulte que le chancre infectant et le chancre simple sont deux affections essentiellement distinctes, sans aucun lien de parenté.

Le chancre simple est une lésion locale, sans incubation, contagieuse, à base molle, s'accompagnant de bubon suppuré, simple ou chancreux, inoculable à l'infini au porteur et aux autres sujets, reproduisant toujours un ulcère semblable à lui-même et à son ascendant, ne pouvant jamais naître d'un chancre infectant ou d'accidents syphilitiques.

Le chancre infectant est la première manifestation locale, obligée, de la syphilis; il a une incubation moyenne de vingt à vingt-cinq jours, provient d'un chancre infectant, d'un accident secondaire, ou du sang des syphilitiques, ne s'inocule pas au porteur, ni aux individus atteints de syphilis, débute par une érosion ou une papule, mais jamais par une vésico-pustule, à base dure, avec adénopathie polyganglionnaire indolente et guérit seul.

DE QUELQUES AUTRES THÉORIES SUR LA SYPHILIS.

I.

M. Clerc professe une théorie ingénieuse qui, comme conséquences clinique et thérapeutique, se rapproche énormément de la dualité, mais qui en diffère par son principe.

Partant de ce fait que l'inoculation de certaines maladies virulentes à un individu ayant déjà eu cette maladie produit une affection hybride d'une gravité moindre que la maladie primitive, mais qui, inoculée à un individu indemne, peut reproduire la maladie même; ainsi, par exemple, la vaccinoïde (ou faux-vaccin) pour le vaccin, la varioloïde pour la variole; se basant sur une lointaine analogie, M. Clerc regarde le chancre mou, qu'il nomme *chancroïde*, comme ayant pour origine « une inoculation itérative, positive, du virus de la syphilis aux individus ayant, ou ayant eu la syphilis constitutionnelle. » En un mot, le chancroïde serait l'hybride de la syphilis.

Cette doctrine, séduisante au premier abord, car elle semble déduite d'une notion très-juste de pathologie générale, pèche par la base. Si la varioloïde a pu reproduire la variole, si la vaccinoïde a pu reproduire le vaccin, jamais on n'a vu l'inoculation du chancre simple donner lieu à un chancre infectant. M. Clerc a le premier, ce qui lui fait grand honneur, démontré la non-inoculabilité du chancre infectant à un sujet ayant, ou ayant eu la syphilis constitutionnelle. On s'explique

difficilement alors qu'il ait édifié une théorie sur la possibilité de ce que sa propre observation a démontré impossible.

Il y a plus, M. Clerc, que je crois partisan de l'origine moderne de la syphilis, en faisant dériver son chancroïde du chancre syphilitique, lui assigne une origine moderne également. Or, il est reconnu par tout le monde, démontré par les auteurs anciens grecs, latins, arabes, antérieurs au xve siècle, que le chancre simple et le bubon suppuré existaient dans l'antiquité, bien avant l'apparition de la syphilis, qui n'a pu créer ce qui existait de toute ancienneté, son aîné par droit de naissance. Le chancroïde n'est donc pas l'hybride, le bâtard de la syphilis; il n'est pas de la même famille; il a une généalogie bien différente.

II.

M. Langlebert, dans une brochure publiée en 1864, ainsi que dans un traité publié la même année, remet sur le tapis une théorie émise au commencement de ce siècle par Vacca Berlinghieri qui, pour expliquer pourquoi les chancres accompagnés de bubons phlegmoneux n'étaient pas suivis de vérole, prétendit que les ganglions ont la propriété d'arrêter la pénétration du pus virulent qui détermine une inflammation dans le ganglion qui est éliminé par la suppuration. Il est, en effet, d'observation clinique que le chancre mou s'accompagne seul de bubon phlegmoneux. Ce fait avait été noté par les auteurs anciens qui écrivaient : N. Massa,

que le bubon est un émonctoire qui rejette le virus; Thiéry de Hery : « S'il survient un bubon, autrement dit poulain, en brief l'ulcère sera guary et fera le patient exempt de la vérole; » et enfin Ambroise Paré, « Le vénin infecte la masse du sang, si les aposthegmes ne jettent leurs gourmes. » Nous avons vu, plus haut, à l'article *Dualité*, avec quelle facilité cette théorie rend compte de ce phénomène qu'avant son apparition Vacca Berlinghieri s'évertuait à expliquer. Ce que l'on comprend plus difficilement, c'est que cette vieille hypothèse, bonne peut-être il y a cinquante ans, avant les travaux modernes, ait trouvé de nos jours, en M. Langlebert, un défenseur qui ne demanderait pas mieux que de se l'approprier, si nous en jugeons par le soin qu'il a mis à ne pas citer celui qui l'a émise le premier.

Selon M. Langlebert, les produits virulents inoculés sont tantôt du pus, tantôt de la sérosité. « Or, écrit-il, si le pus est inoculé seul, il ne peut donner lieu qu'à un ulcère local, par la raison toute simple que les globules purulents ne sont pas susceptibles d'être absorbés, ce qui, ajoute-t-il, est fort heureux; car, si le pus syphilitique était absorbé, ce n'est pas la vérole qu'il porterait dans l'organisme, mais bien l'infection purulente; si, au contraire, on inocule la sérosité syphilitique, l'individu auquel on l'inoculera aura la vérole. »

Je m'inscris d'abord en faux contre cette assertion de M. Langlebert qui prétend, avant de formuler sa théorie et pour les besoins de sa cause, que le virus n'est qu'un mot et qu'il n'y a que des produits virulents. Je me contenterai de répondre à cette hypothèse, base de toute sa théorie, qu'un physiologiste d'une valeur qu'il ne con-

testera pas, M. Robin, dans ses ouvrages les plus récents, considère le virus comme absolument indépendant des produits qui peuvent lui servir de véhicule. C'est, selon M. Robin, « une altération des éléments anatomiques aussi bien que des humeurs et spécialement des substances organiques, ou substances coagulables. L'état virulent est un état particulier de la substance organisée, *totius substantiæ*, se transmettant molécule à molécule dans l'économie. (A. Martin, thèse, p. 16.) Comment avec cette définition à la fois si exacte et si élevée concilier l'hypothèse de M. Langlebert?

Qu'importe que le virus ait pour véhicule le pus ou la sérosité? l'économie de l'individu qui se trouvera en contact prolongé avec ce pus, ou cette sérosité, sera infectée par la transmission de l'état virulent de ces véhicules qui se fera molécule à molécule à toute la substance; qu'importe qu'il y ait ou non absorption du produit virulent, puisque l'absorption est inutile à la production de l'infection virulente?

Mais, en admettant même que l'argument de pathologie générale ne suffise pas à M. Langlebert, comment répondra-t-il à un article de M. Aimé Martin (*Archives*, février 1853), qui établit que, dans la plupart des expériences entreprises pour prouver la contagiosité des accidents secondaires, on a pris la matière inoculable sur des accidents fournissant du pus en abondance, à des pustules d'ecthyma (Wallace), à une pustule qu'on voyait remplie d'un pus bien lié (Vidal, de Cassis), à une pustule d'acné (Rinecker). Il répondra sans doute que de la sérosité se trouvait mélangée à ce pus. Mais n'y a-t-il donc pas toujours de la sérosité mêlée au pus? Et comment se fait-il que, dans toutes les inoculations arti-

ficielles pratiquées avec la matière séro-purulente du chancre simple, on ait obtenu des chancres simples, et que dans celles qui ont été faites avec la matière séreuse ou séro-purulente du chancre infectant, ou d'accidents secondaires quelconques, on ait toujours obtenu des chancres infectants? Il faut que la théorie de l'unicisme soit vraiment réduite aux abois pour que ses partisans n'aient plus au service de sa cause que des hypothèses si facilement détruites par les faits.

III.

Un savant syphiliographe italien, M. Sperino (*Studi clinici sul virus sifilitico*, Torino, 1863), ancien défenseur à outrance de la syphilisation, a voulu faire aussi une théorie. Si M. Langlebert s'est inspiré des idées de Vacca Berlinghieri, M. Sperino a cru faire mieux en remontant de quelques années jusqu'à Nisbet, qui avait prétendu que les lymphatiques travaillaient et se reposaient tour à tour, et que, pour que l'absorption du virus eût lieu, il fallait que l'introduction de ce virus dans les tissus coïncidât avec le moment du travail dans les vaisseaux lymphatiques.

Par notre temps de physiologie expérimentale, la réédition pure et simple des idées de Nisbet eût paru par trop fantaisiste. Aussi, M. Sperino les a-t-il modifiées de la façon suivante. Nous empruntons à M. Diday (*Gazette médicale de Lyon*, 1er février 1864) l'analyse de ces idées : « Quand l'ulcère primitif est unique, quand il sécrète peu de fluide, et l'on sait que tels sont les caractères de l'ulcère infectant, ce liquide pénétrant peu à

peu les ganglions lymphatiques placés sur sa route a le temps de séjourner dans leurs sinus et d'y subir une complète élaboration physiologique, d'où résulte la formation du virus syphilitique constitutionnel, en d'autres termes du virus secondaire.

« Lorsqu'au contraire le liquide sécrété par un ulcère primitif est plus abondant, plus purulent, il arrive en trop grande quantité à la fois dans le ganglion : il peut y déterminer la suppuration (bubon dit virulent). Mais, dans tous les cas, il rompt les digues qui, dans la trame ganglionnaire, séparent le système lymphatique du système sanguin. Il passe donc directement dans le sang, sans avoir pu subir préalablement la transformation en virus secondaire. »

Il suffit de citer cette théorie pour montrer à quels écarts peuvent se laisser entraîner des hommes, distingués d'ailleurs, en voulant quand même chercher hors de la vérité et en haine d'elle des explications pour tous les faits qui les embarrassent.

IV.

MM. Clerc, Rollet, Fournier, Puche, Poisson, Laroyenne, Nadaud des Islets, Basset, pour ne parler que des auteurs français, ont démontré par les expériences les plus concluantes que le chancre simple peut s'inoculer à l'infini à tout individu, tandis que le chancre infectant ne peut être inoculé, ni à l'individu qui en est atteint, ni aux sujets qui ont la syphilis constitutionnelle. M. Bidenkap, poursuivant la voie ouverte par Melchior

Robert, prétendit que si le chancre infectant ne peut pas, à l'état ordinaire, être inoculé au porteur, en irritant la surface de ce chancre et le faisant suppurer, il est possible néanmoins de pratiquer l'inoculation de cette sécrétion produite artificiellement, avec un résultat positif. D'après M. Bidenkap, on obtient constamment, par ce moyen, un chancre simple qui se transmet dans son espèce, ce qui démontre, ajoute-t-il, que le chancre mou et le chancre infectant ont la même origine. L'auteur de cette découverte avait un grand nombre de fois, disait-il encore, répété ses expériences à Christiania avec tout le succès désirable. Dès lors, la joie ne connut plus de bornes dans le camp des unicistes, et chacun de chanter victoire à la pensée de ces résultats inexplicables pour les dualistes et en contradiction avec les expériences nombreuses d'hommes dont on ne peut cependant nier la compétence ni suspecter la bonne foi. M. Bidenkap vint à Paris pour les confondre tous. Dans le service et sous les yeux de Follin, à l'hôpital du Midi, il répéta ces fameuses expériences, et il obtint l'insuccès et le démenti le plus absolu. Aucune de ses inoculations n'eut le résultat annoncé et la montagne n'accoucha même pas d'une souris. En forçant la nature, en lacérant les tissus, M. Bidenkap faisait naître de petits phlegmons que, dans son pays, il prenait pour des chancres. Mais, Follin, en juge impartial et consciencieux, reconnut rapidement l'erreur et la signala à son auteur. L'école danoise avait fini.

V.

Il n'est pas d'hypothèse si ridicule qui n'ait été soutenue sur la cause de la syphilis. La négation de la spécificité, de la virulence de la maladie, fut érigée en dogme par l'école de Broussais qui posait en principe : 1° que le virus vénérien n'existe pas ; 2° que les maladies vénériennes primitives sont le produit de l'irritation causée en premier lieu sur les surfaces vivantes, par le pus que sécrètent les membranes muqueuses génitales enflammées ou ulcérées ; 3° que les affections secondaires dépendent de la sympathie qui existe entre les parties de l'organisme et qui n'est la même ni chez tous les sujets, ni entre tous les organes, ni dans toutes les circonstances de la vie ; 4° qu'aucune de ces maladies n'est héréditaire. La Société de médecine de Nantes s'adressa, en 1835, aux autres sociétés médicales de France pour savoir s'il existe un virus syphilitique. La consultation générale fut positive et, comme le dit M. Trousseau, la syphilis resta la maladie la plus spécifique et la mieux déterminée.

DU CHANCRE INFECTANT.

Le chancre infectant est la première manifestation *obligée* du virus syphilitique au point même où ce virus a été déposé, ou inséré, sur la peau ou les muqueuses, soit artificiellement, soit accidentellement, d'où le nom d'accident primitif de la vérole. L'absorption du virus syphilitique est indispensable à la production de cette

lésion ; la condition éminemment favorable à cette absorption réside dans l'absence d'épiderme ou d'épithélium au point d'inoculation. Il semble démontré, par les nombreuses expériences tentées pour déterminer les conditions d'absorption des poisons, des venins ou des virus, que l'existence de l'épiderme ou de l'épithélium est un obstacle insurmontable à cette absorption, qui se fait, au contraire, très-rapidement s'il existe une légère solution de continuité. De nombreux faits établissent que des sujets sains ont pu avoir des rapports fréquents et longtemps répétés avec des sujets malades, sans être contaminés (d'où il ressort, au point de vue de la prophylaxie de la vérole, que le moyen le plus sûr contre la contagion est d'éviter les rapports sexuels si on a une écorchure quelconque). L'individu qui a, ou a eu la syphilis, est réfractaire au chancre infectant.

Les sources du chancre infectant sont : 1° le *chancre infectant;* 2° les *accidents secondaires ;* 3° le *sang des syphilitiques.*

Si la contagiosité du chancre infectant n'a jamais été contestée, il n'en est pas de même du pouvoir contagieux des accidents secondaires; longtemps nié par M. Ricord et ses disciples, il a été péremptoirement démontré par les travaux et les inoculations de Wallace en 1835, de Vidal (de Cassis) en 1849, de Waller en 1850, de Rinecker en 1852, et enfin, en 1859, par M. Guyénot et M. Gibert à Saint-Louis.

Le débat fut soulevé cette même année à l'Académie de médecine. Après une opposition désespérée, M. Ricord fut forcé de reconnaître cette contagiosité des accidents secondaires contre laquelle il avait lutté avec une ardeur digne d'une meilleure cause. Depuis cette discussion

mémorable, de nombreux faits sont venus s'ajouter à ceux qui existaient déjà (Baerensprung, Rollet).

Les accidents secondaires à forme suppurative sont plus contagieux que les autres; au premier rang, nous placerons les plaques muqueuses et les syphilides pustuleuses.

L'infection des nourrissons par les nourrices et des nourrices par les nourrissons, presque toujours produite par des accidents secondaires qui donnent naissance à un chancre, prouve aussi irréfutablement la transmission des accidents secondaires. M. Rollet a élucidé toutes les difficultés que cette question présente, surtout au point de vue médico-légal, en se fondant sur cette loi que la syphilis débute toujours par un chancre que l'on peut et doit rencontrer chez le contaminé. C'est une preuve de plus en faveur du principe posé par Colles, en 1844, que l'enfant atteint de syphilis congénitale et présentant des plaques muqueuses à la bouche ne fait naître aucune ulcération au sein de sa mère, tandis qu'il infecte la nourrice étrangère.

M. Rollet a encore démontré la contagion des accidents secondaires dans un mémoire sur la syphilis transmise par le soufflage du verre : trois ouvriers soufflent l'un après l'autre dans un même tube; si l'un d'eux présente à la bouche un chancre ou des plaques muqueuses, il souille ce tube, et ceux qui le suivent sont exposés à la contagion, d'autant plus qu'ils présentent fréquemment des gerçures aux lèvres.

Le *sang* est contagieux dans la plupart des maladies virulentes; ce fait a été démontré expérimentalement pour la clavelée, le sang de rate, la morve, le charbon,

la rage, la variole, la peste, la diphthérie. On pourrait donc, *à priori*, croire à ce mode de contagion pour la syphilis. Les expériences de Waller en 1850, de l'anonyme du Palatinat en 1856, de Gibert en 1859, de Pellizari, de Florence, en 1862, sont venues mettre ce fait hors de doute. Ces auteurs ont fait avec succès sept inoculations de sang syphilitique. L'anonyme du Palatinat dit que, parmi les 9 sujets inoculés avec le sang, 3 le furent avec succès, mais ceux-là seulement où une large surface absorbante avait été frictionnée. L'effet produit a toujours été un chancre infectant, semblable à celui que produit l'inoculation du virus recueilli sur des plaques muqueuses ou sur un chancre primitif. Et c'est la meilleure réponse que l'on peut faire aux rares expérimentateurs qui ont prétendu qu'avec l'inoculation syphilitique, on reproduisait une lésion de même ordre et de même forme que celle à laquelle on a emprunté le virus. D'autres inoculations ont été tentées avec résultat négatif; mais elles ne viennent en rien atténuer la valeur des résultats positifs. M. Diday a fait des expériences avec du sang de syphilitique tertiaire. Le résultat a été constamment négatif. Il ressort donc des recherches de M. Diday que le sang n'est pas contagieux à la période tertiaire, ce que l'on pouvait conclure par induction, puisque la contagion des accidents tertiaires n'a pu être démontrée.

La syphilis a été souvent transmise par la circoncision et surtout par la vaccination. M. Viennois a réuni ces faits dans un excellent travail; depuis, de nombreuses inoculations syphilitiques ont été produites par la vaccination. M. Viennois concluait alors que la contagion devait avoir lieu au moyen du sang mêlé au *virus-vaccin*.

J'adopte complétement cette conclusion et j'espère démontrer plus loin, par des faits, que le sang a été le véhicule du virus syphilitique, et rapportant à César ce qui est à César, exonérer le liquide vaccinal des accusations élevées contre lui.

Des conditions nécessaires à la contagion syphilitique. — 1° Le dépôt du virus sur un point de la peau, ou des membranes muqueuses, est la première condition du développement du chancre infectant.

2° Il ne suffit pas du dépôt et du séjour prolongé du pus sur la peau ou sur la muqueuse; il faut qu'il y ait localement une altération préalable de l'épiderme ou de l'épithélium. On a pu laisser séjourner du pus syphilitique sur des muqueuses saines, sans rien amener; enfin, on voit tous les jours des sujets sains qui ont des rapports avec une femme malade, et réciproquement, sans contamination. En réfléchissant aux conditions dans lesquelles s'opérent les rapports, au frottement, aux écorchures qu'ils déterminent, on admettra facilement que l'absence d'épiderme ou d'épithélium représente la condition favorable par excellence, sinon indispensable.

3° Il faut que l'individu ne soit pas réfractaire à la contagion, ou qu'il n'ait pas la syphilis.

Des divers modes de contagion. — La contagion est *immédiate*, si elle a lieu à la suite d'un contact direct entre l'individu sain et l'individu syphilitique. Les rapports sexuels de toutes formes, l'allaitement, sont des modes fréquents de contagion immédiate.

La contagion est *médiate*, si elle a lieu par un intermédiaire. Tels sont : les vêtements, les verres, les cuillers, les pipes, les porte-plumes, les objets de toilette, les instruments de chirurgie, les linges à pansement. On a vu des sages-femmes communiquer la syphilis par leurs doigts. Dans ces derniers temps, un spécialiste bien connu a donné la vérole à de nombreux sujets en n'essuyant pas les instruments dont il se servait pour pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache. MM. Fournier, Gubler, Vigla, Fournié, Laboulbène, Lortet, Ricord, Gosselin, Hillairet et Diday ont signalé de nombreux faits dans lesquels la contagion était due à la négligence et à la malpropreté de ce spécialiste. La vaccination est encore une source de contagion qui ne le cède en rien au soufflage du verre ; dans la vaccination, l'instrument insère le virus absolument comme la canne des verriers, passant des lèvres d'un sujet malade à celles de sujets sains, porte avec elle le poison délétère.

Le virus syphilitique peut conserver longtemps ses propriétés et je ne doute pas que tel objet ou instrument sur lequel on a laissé du virus ne puisse, au bout d'une ou plusieurs années, porter la contagion.

Widmann, Vella, Fernel, Thierry de Héry, N. de Blégny, avaient signalé un mode de contagion médiate bien fréquent dont on a signalé depuis de nombreux exemples : une femme, ou un homme, transmet à un individu sain le pus virulent déposé sur ses organes par un individu contaminé, sans subir personnellement l'action du virus. L'homme et la femme servent ici de réceptacles, de véhicules. On a pu laisser séjourner de la charpie imprégnée de pus virulent de chancre infec-

tant, ou de plaques muqueuses, dans le vagin de plusieurs femmes, sans aucun accident.

Des inoculations mixtes. — Le virus syphilitique n'est pas neutralisé par la matière contagieuse de la blennorrhagie, du chancre simple et de la vaccine. Il peut se faire que tous ces principes contagieux soient inoculés accidentellement, dans les mêmes circonstances. En tout cas, on les a maintes fois inoculés ensemble artificiellement. Voyons, en quelques lignes, les effets produits par ces inoculations mixtes :

1° Le muco-pus blennorrhagique n'a d'action que sur certaines muqueuses et il ne produit isolément aucun effet, si on l'insère dans la trame de nos tissus. Si on inocule un mélange de muco-pus blennorhagique et de virus syphilitique, on n'obtient que les effets de ce dernier. (Hunter.)

2° Si on inocule dans une même piqûre un mélange de virus syphilitique et de matière contagieuse du chancre simple, on obtient au siége de l'inoculation les deux chancres superposés, ou, si l'on préfère, une lésion complexe, formée par la coexistence au même point du chancre simple et du chancre syphilitique, c'est-à-dire un chancre mixte. (Faits de MM. Robert et Maratray.)

3° Si on inocule du virus syphilitique à la surface d'un chancre simple (Lindwurm), le chancre simple se cicatrise et c'est dans la cicatrice même que débute le chancre syphilitique.

4° Si on inocule la matière contagieuse du chancre simple à la surface d'une lésion syphilitique et en particulier du chancre primitif, cette greffe est toujours

suivie d'effets immédiats. Le chancre syphilitique se double toujours d'un chancre simple et on obtient un chancre mixte, réinoculable sous forme de pustule chancreuse caractéristique. On rencontre souvent chez le même malade, en même temps que des chancres simples des lésions syphilitiques primitives et secondaires, siégeant au même point ou en des points différents. J'ai plusieurs fois vu à Saint-Lazare des femmes atteintes en même temps de chancres simples et de chancres infectants, d'accidents secondaires et de chancres simples; j'ai vu coexister au même point les deux chancres; j'ai vu enfin le chancre infectant se développer après la guérison des chancres simples. Si, dans ce cas de coexistence au même point, on tente l'inoculation, on obtient toujours la pustule chancreuse caractéristique du chancre simple; on n'inocule alors ni le chancre infectant, ni la lésion syphilitique, mais le chancre simple greffé sur eux.

Ces faits cliniques et expérimentaux expliquent à merveille ces prétendus cas de réinoculations de lésions syphilitiques, sous forme de pustule chancreuse; ils permettent aussi d'interpréter certaines observations de prétendus chancres, transmettant des chancres simples suivis d'accidents constitutionnels; ils fournissent, enfin, un excellent argument en faveur de la dualité. Le chancre mixte fournissant un pus inoculable au malade qui en est porteur, on a la preuve que les deux chancres qui coexistent au même point sont indépendants l'un de l'autre et conservent chacun leurs propriétés spéciales. M. Rollet soutenait d'abord que ce prétendu chancre mixte était une espèce distincte, susceptible de naître d'un autre chancre semblable. Je me range entiè-

rement à l'avis de mon ami M. Aimé Martin et je repousse le chancre mixte comme espèce distincte; il représente au même point la coexistence des deux chancres; mais chaque transmission vient les dédoubler. Sur les sujets syphilitiques, il donne le chancre simple seul; sur des sujets vierges de syphilis, il donne le chancre simple d'abord, et, au bout de vingt à vingt-cinq jours d'incubation, le chancre infectant. Bien plus, si vous recueillez du pus du chancre simple auquel a donné naissance la contagion du chancre mixte sur un sujet syphilitique et que vous inoculiez ce pus à un sujet vierge de vérole, vous obtenez un chancre simple, rien de plus.

5° J'ai plusieurs fois inoculé à un sujet sain le pus de chancres simples dont étaient porteurs des sujets syphilitiques. Les sujets inoculés n'ont jamais eu la vérole. M. Rollet s'exprime ainsi dans son *Traité* (p. 585) : « J'ai inoculé et vu inoculer à la lancette, par piqûre sous-épidermique, sur des individus vierges de vérole, du muco-pus blennorrhagique, emprunté à des sujets syphilitiques, mais pur de tout mélange, et le résultat de ces inoculations a toujours été négatif. J'ai vu inoculer la matière contagieuse de chancres simples, développés sur des sujets syphilitiques à des sujets vierges de syphilis; cette matière ne leur a communiqué que le chancre simple. »

M. Basset expose ainsi dans sa thèse le mode d'exécution et le résultat de ces expériences. « Un sujet syphilitique, porteur d'un chancre induré, est inoculé avec le pus de son chancre : résultat négatif. Dépôt sur le chancre induré du pus de chancre simple : au bout de deux ou trois jours, formation d'un chancre mixte; réinoculabilité de ce chancre. Le pus de ce chancre

mixte, inoculé à un sujet syphilitique, donne le chancre à base molle que MM. Fournier et Ricord prétendent être syphilitique. Or, si ce chancre est syphilitique, inoculé à un sujet sain, il donnera la vérole. Eh bien ! j'affirme que dans tous les cas où cette expérience a été faite à l'Antiquaille, les sujets inoculés avec le pus du chancre à base molle n'ont jamais eu la vérole. »

6° La science est en possession d'un grand nombre de faits de transmission de la syphilis par la vaccination. Les deux maladies, syphilis et vaccine, ainsi transmises ensemble, se développent régulièrement, ce qui démontre que le virus syphilitique et le virus-vaccin n'ont l'un sur l'autre aucune action altérante ou neutralisante. La syphilis, transmise par la vaccination, a été souvent communiquée à d'autres personnes, suivant les modes les plus variés, avec ses caractères habituels. L'inoculation vaccino-syphilitique est donc une inoculation mixte de virus vaccinal et de virus syphilitique. Des faits de Montain, Cerioli, Bidart, Schreir, Taupin, il résulte que le vaccin seul, le vaccin pur, recueilli sur un sujet syphilitique, donne une vaccine régulière et rien que la vaccine. Le procès Hubner permet de se demander si c'est le vaccin, ou le sang péri-vaccinal, qui a transmis la syphilis. Comme d'autres enfants avaient été vaccinés avant les huit qui ont eu la syphilis, et cela avec le même vaccin, sans avoir eu autre chose que la vaccine; comme parmi les huit enfants devenus syphilitiques après la vaccination, plusieurs n'ont pas eu de pustules vaccinales, et que quatre, notamment, ont pu être revaccinés avec succès, nous sommes en droit de conclure que c'est le sang et non le vaccin qui a transmis la syphilis.

La syphilis transmise par la vaccination se propage en général très-rapidement. La source de l'infection est le plus souvent un enfant atteint de syphilis héréditaire, soit à l'état apparent, mais inobservé, soit encore à l'état latent. Néanmoins, la syphilis acquise d'un enfant (Rivalta), ou même d'un adulte (M. Lecoq) peut être l'origine de l'infection. Dans une même séance, l'auteur de la contagion sert à vacciner un nombre plus ou moins considérable d'enfants, auxquels il donne la syphilis avec la vaccine. Ces enfants la transmettent bientôt aux nourrices, aux parents, aux voisins, et, si ces faits d'infections simultanées ou successives, dont on peut suivre la filiation, se passent à la campagne, ils atteignent rapidement un chiffre considérable. Seize personnes sont notées comme ayant été successivement infectées, dans la relation du procès Hubner. Réunissant les seuls faits de Cerioli, Lupara et Rivalta, M. Bouvier a trouvé 155 enfants atteints de syphilis par la vaccination et un nombre de contagions successives qui portent le chiffre total des sujets infectés à près de 300.

M. Viennois, après avoir analysé tous les faits de contagion syphilitique dus à la vaccination, conclut que c'est le sang qui est le véhicule du virus syphilitique. M. Rollet incline vers la même pensée. Le fait rapporté par M. Sébastian confirme ces prévisions. Lorsque la vaccination est pratiquée avec du vaccin mêlé de sang, qu'il soit contenu dans des tubes ou qu'on le recueille sur des pustules vaccinales saignantes, la lancette insère le virus syphilitique en inoculant le vaccin ; en un mot, le chancre vaccino-syphilitique est le résultat d'une seule contagion dans laquelle les deux virus sont inoculés au même point. La matière mixte est habituelle-

ment recueillie sur les pustules vaccinales d'un sujet affecté de syphilis congénitale ou de syphilis secondaire acquise; mais cette matière mixte peut aussi provenir d'une lésion primitive vaccino-syphilitique, c'est-à-dire d'enfants déjà infectés par la vaccination et qui ont servi à en vacciner d'autres (Rivalta, Lupara). C'est par la superposition accidentelle des deux lésions vaccinale et syphilitique, c'est au moyen de deux contagions successives, que M. Ricord a expliqué ces faits à l'Hôtel-Dieu en 1861 et à l'Académie en 1865. La contagion du sang syphilitique, démontrée aujourd'hui, ne permet plus aucun doute sur ce sujet. La vaccine n'ayant qu'une incubation moyenne de quatre jours se montre d'abord et le chancre syphilitique apparaît ensuite sous les croûtes, ou dans les cicatrices vaccinales. Si le chancre a un développement précoce, on peut rencontrer des pustules vaccinales douées de propriétés mixtes (Rivalta, Lupara). Dans tous les cas, le chancre primitif, qu'il succède à la vaccine ou qu'il empiète sur elle, possède tous les caractères du chancre infectant, dont il parcourt les diverses périodes.

Quel est en définitif l'agent de la contagion? Est-ce le sang? est-ce le vaccin? Si le muco-pus blennorrhagique, si le pus du chancre simple, recueillis sur des sujets syphilitiques, si les sécrétions de ces mêmes sujets n'engendrent pas la syphilis, comme je crois l'avoir démontré plus haut, on est, *à priori*, fondé à penser que le vaccin pur ne l'engendre pas davantage (1). Les faits de

(1) La syphilis n'est inoculable que par les produits qu'elle a formés. Suivant MM. Sée et Robin, le virus est combiné aux matières protéiques qui seules ont la propriété d'inoculer la syphilis. Les liquides sécrétés ne sont pas inoculables, à moins que les glandes ne soient elles-mêmes malades.

Montain, Cerioli, Bidart, Schreir, Taupin et Hollfeld prouvent que le vaccin pur, recueilli sur un sujet syphilitique, donne une vaccine régulière et rien que la vaccine. Mes observations et mes expériences personnelles sont concluantes à cet égard.

En 1864, sous le coup d'une épidémie de variole, je fis de nombreuses revaccinations à Saint-Lazare; trois enfants qui paraissaient bien portants fournirent le vaccin. Six semaines après les revaccinations, l'un de ces enfants présentait des accidents de syphilis héréditaire dont il mourut. Dès que je m'aperçus de l'état de cet enfant, je recherchai si je n'avais pas inoculé la syphilis aux femmes que j'avais revaccinées. J'apportai à cette recherche un soin excessif et je ne trouvai pas une seule femme qui présentât aux bras la moindre trace d'accident primitif. Je pris alors connaissance des faits de syphilis vaccinale et j'arrivai à me convaincre que le sang était seul l'agent de la contagion. En 1865, je m'inoculai deux fois, à moi-même, du vaccin provenant de femmes syphilitiques. Sur trois piqûres, j'obtins, la première fois, une belle pustule vaccinale, la seconde fois, rien. Je n'observai aucune trace de chancre infectant. Comme j'avais conservé dans des tubes du vaccin d'un sujet syphilitique, je pratiquai trois inoculations à deux personnes vierges de syphilis; le résultat fut négatif.

Le 20 septembre 1866, l'enfant Emile-Isidore J... fut vacciné à l'âge de 4 mois. Il paraissait bien portant et ne présentait aucun symptôme de syphilis; la mère jouissait d'une bonne santé; elle ne présentait alors, pas plus que maintenant, aucun signe de vérole. (Un mois après, l'enfant présentait des accidents syphilitiques graves; il mourut fin novembre). Le 28 septembre, l'enfant J... ser-

vit à vacciner 82 femmes, dont 43 avaient présenté ou présentaient des accidents syphilitiques. Restaient donc 39 femmes chez lesquelles je ne trouvai aucune trace ancienne ou récente de vérole. Sur ces 82 femmes, 2 n'avaient jamais été vaccinées ; une troisième, qui n'avait jamais été vaccinée, avait eu la variole dix ans auparavant et elle en portait des traces bien visibles. Chez ces trois femmes, le résultat fut positif. Parmi les 79 autres femmes vaccinées, 19 présentèrent des pustules vaccinales caractéristiques. De ces 19 résultats positifs, 14 se produisirent sur des femmes syphilitiques, 5 sur des sujets sains. Entre toutes ces femmes, je choisis une nommée Augustine P..., âgée de 21 ans, qui avait de nombreuses papules hypertrophiques ulcérées à la vulve et au périnée, une syphilide papuleuse générale et des plaques muqueuses à la bouche et à la gorge, et, en présence de M. Boys de Loury qui avait contrôlé chaque femme et de mon collègue, je me fis quatre inoculations de bras à bras avec le vaccin de ce sujet syphilitique. J'attendis le résultat qui fut absolument négatif. C'était la troisième fois que je tentais sur moi-même cette expérience, sans résultat malheureux. Sûr de mon fait, je vaccinai plus tard 7 femmes indemnes de syphilis avec du vaccin de sujet verolé; sur 4 de ces femmes dont une est âgée de 68 ans, le résultat fut positif au point de vue de la vaccine, négatif au point de vue de la syphilis.

Il ressort évidemment de tous ces faits que le liquide vaccinal provenant de sujets syphilitiques, mais inoculé seul et pur ne donne pas la vérole et que les cas si nombreux de syphilis vaccinale sont dus à la contagion du sang syphilitique que l'on inocule en même temps que le vaccin. Cette conclusion, autorisée par les faits, trouve une nouvelle confirmation dans la manière dont

j'ai toujours pratiqué la vaccination. J'ai vacciné et revacciné, en trois ans, environ mille sujets, syphilitiques pour la plupart; je me suis toujours servi d'une seule et même lancette pour tous les sujets indistinctement: mais, à chaque sujet, j'ai lavé et essuyé avec soin ma lancette et je me suis toujours servi de liquide vaccinal bien pur. J'ajouterai que jamais je n'ai observé la moindre complication locale (abcès, érysipèle ou adénite), ce qui tient sans doute à ce que je porte le vaccin sous l'épiderme, sans faire saigner. Il ne faut pas perdre de vue que, dans une série de vaccinations pratiquées avec la même lancette, si l'opérateur n'a pas la précaution, trop souvent négligée, de laver et d'essuyer celle-ci après chaque vaccination, il s'expose à transmettre la contagion, même si le vaccinifère n'a pas la syphilis. Voici comment j'explique que l'un des vaccinés, le vaccinifère étant sain, peut être l'agent de la transmission. Si l'un des enfants que l'on vaccine est syphilitique, la lancette se charge de son sang en lui inoculant le vaccin; ce sang, transporté sur les autres enfants qui suivent ce dernier, ou même sur le vaccinifère à qui on emprunte chaque fois le vaccin, pourra transmettre à tous les vaccinés et au vaccinifère également le virus syphilitique.

Il me semble résulter de cette étude et des faits relatés que le liquide vaccinal limpide, pur de tout mélange ne donne pas la syphilis, même s'il provient de sujets vérolés, à la condition que le médecin lave et essuie son instrument avec soin. Je serais trop heureux si je pouvais restituer à l'immortelle découverte de Jenner son incontestable mérite, et permettre à l'humanité d'en retirer le bénéfice assuré qu'elle a droit d'en attendre. On

a élevé bien des accusations contre le vaccin ; cependant je crois avoir observé que les éruptions qui ont le vaccin pour origine sont constituées par des pustules plus fortes que celles dues au cowpox en général ; enfin, le vaccin ne m'a point paru dénoter ce profond affaiblissement dont on l'accuse.

La syphilis débute toujours par le chancre, que la contagion naisse d'un chancre infectant, d'accident secondaire ou de sang syphilitique. Fabre, Astruc, Petit-Radel, Bertin et Delpech étaient arrivés à ce résultat. M. Clerc, en 1854, professait cette idée que M. Langlebert est venu fortifier par un mémoire publié en 1856. M. Rollet a eu le mérite, par de nombreuses recherches cliniques et expérimentales, d'élever cette idée à la hauteur d'une vérité, d'un axiome en syphilis. Le chancre infectant est la première manifestation de l'infection générale : c'est l'accident primitif. A propos de la cautérisation de ce chancre infectant comme moyen abortif de la syphilis, j'ai indiqué les travaux qui fournissent, selon moi, la démonstration de ce fait. Si l'on cherche à interpréter l'état du sujet atteint d'un chancre infectant, on constate chez lui tous les signes de la chloro-anémie. L'analyse du sang a été faite par M. Grassi qui a trouvé que le chiffre des globules diminuait considérablement, tandis que l'albumine s'élevait. Il est évident qu'une lésion qui amène des modifications organiques générales aussi profondes, dès son apparition, n'est pas une affection locale, mais bien la manifestation locale d'un état général.

Il semble que cet accident primitif synthétise, pour ainsi dire, en lui-même les différentes phases de la syphilis. Cette lésion première qui se manifeste, après

incubation, au point même où le virus a été inoculé, soit accidentellement, soit artificiellement, paraît réunir en elle-même les divers états pathologiques de la syphilis dont elle réprésente, en un point, l'évolution générale qui se manifestera bientôt. C'est d'abord une papule qui s'ulcère, se recouvre d'une couche diphthéritique, s'étend en surface ou en profondeur, s'indure et quelquefois se ramollit et s'abcède, en laissant une large ulcération, qui enfin disparaît sous l'influence du traitement. On en a conclu que la *forme* du chancre infectant pouvait faire présager quelle serait la forme de la syphilis. Cette conclusion me paraît exagérée d'une manière absolue; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle a un grand fond de vérité et que le plus ou moins de gravité de l'accident primitif peut faire présager le plus ou moins de gravité des accidents généraux, sinon leurs variétés.

Le chancre infectant ne s'inocule pas au porteur. — Il ne se multiplie point sur place, comme le chancre simple, par des inoculations successives et, même en forçant la nature, c'est-à-dire en inoculant artificiellement le pus virulent dans les tissus, l'inoculation reste stérile. Pas plus que le vaccin, pas plus que le pus varioleux, le virus syphilitique ne peut se reproduire sur un sujet qui a la syphilis, même en se modifiant dans sa forme et dans ses caractères. J'adopte complétement les conclusions de M. Fournier sur ce point. On pourrait objecter que, si les inoculations expérimentales du chancre ont toujours été négatives, c'est qu'elles ont été pratiquées à une époque où le pus recueilli n'était plus inoculable, en un mot, où le chancre était en réparation.

Les observations de M. Clerc font justice de cette objection; M. Clerc a tenté de réinoculer des chancres infectants qui n'avaient que quelques jours d'existence, et le résultat a été négatif.

L'école du Midi, ne séparant pas radicalement le chancre simple du chancre infectant, était arrivée à des résultats incroyables : l'inoculation était la pierre de touche; positive, elle indiquait un chancre; négative, elle indiquait l'absence de chancre. Avec ces données démontrées radicalement fausses par les expériences de MM. Clerc, Fournier, Rollet, etc., le diagnostic était très-souvent erroné et, ne fût la pratique incontestée du maître qui passait outre à ses théories, l'erreur eût été la règle pour tous ceux qui ont basé le diagnostic du chancre infectant sur l'inoculation expérimentale.

L'*irréinoculabilité* du virus syphilitique est la règle, à la période primitive, comme à la période secondaire, comme à la période tertiaire de la vérole, et si parfois l'immunité n'est pas absolue, s'il y a eu des réinoculations faites avec succès, elles sont rares, exceptionnelles, et le résultat qui, pour être complet, aurait dû amener la reproduction régulière et complète de la maladie, a été toujours très-peu prononcé.

Les virus ne manifestent leur action sur notre économie qu'après un certain intervalle de temps que l'on désigne sous le nom de *période d'incubation.* Le virus syphilitique, inoculé accidentellement ou artificiellement, ne donne naissance au chancre infectant qu'après une période de temps variable, mais constante, qui constitue la période d'incubation. L'école du Midi, confondant dans une même description le chancre infectant et le chancre simple, a dû nier fatalement l'incubation ; elle

prenait pour type le chancre local qui n'incube pas, parce qu'il n'infecte pas ; il n'y a pas de virus, partant pas d'incubation. L'observation des malades, leur interrogatoire démontrent que le début du chancre infectant est postérieur d'un certain nombre de jours à la contagion. D'autre part, l'inoculation expérimentale du virus syphilitique à des individus sains dénote une période d'incubation constante, mais variable quant à sa durée. Les expériences de Lindemann, Wallace, Gibert, Guyénot, etc., ont mis ce fait hors de doute. M. Rollet, en analysant les faits d'incubation fournis par l'inoculation expérimentale, trouve 28 cas dans lesquels la durée de l'incubation est précisée : la moyenne est de vingt-cinq jours. M. Fournier a réuni 46 cas, dont la moyenne est de trente-deux jours. M. Diday, sur 29 cas, a obtenu une moyenne de quatorze jours. M. Clerc, d'après les résultats de sa propre observation, place le début du chancre infectant du quatorzième au seizième jour, le minimum étant de cinq jours et le maximum de deux mois. La moyenne générale des diverses statistiques est de vingt à vingt-cinq jours. M. Diday a prétendu que l'incubation est moins longue si une lésion primitive est la source de la contagion que si c'est une lésion secondaire qui la produit. Jusqu'à plus ample informé, je conserverai des doutes à cet égard. La constatation de l'incubation est un signe précieux pour le diagnostic.

Description.—Après une période d'incubation variable, dont la durée moyenne peut être fixée à vingt jours, la partie contaminée commence par être le siége d'un prurit parfois douloureux ; puis elle s'enflamme, s'érode, s'excorie légèrement ; le centre de l'érosion se recouvre

d'une fausse membrane, très-adhérente semblable au produit diphthéritique qui tapisse certains accidents secondaires des muqueuses. Cette surface exulcérée laisse suinter un liquide séreux, transparent, qui forme croûte, en se concrétant, si le point contagionné est exposé à l'air. Cette érosion forme, dès les premiers jours, sur la peau ou sur les muqueuses, un relief qui est dû en partie à la pseudo-membrane centrale et surtout à l'induration qui commence : on croirait au début d'une papule muqueuse naissante, dont le sommet serait exulcéré. L'excoriation très-petite d'abord, s'étend bientôt en surface ; la couche diphthéritique s'étend aussi, sans la recouvrir complétement ; il reste toujours un liséré rouge, sur le pourtour de l'ulcère, qui jure avec l'aspect grisâtre de la partie centrale. La fausse membrane restera alors longtemps stationnaire et ne commencera à disparaître qu'au bout de deux à trois septénaires en général, laissant à sa place, au fur et à mesure de son élimination, une coloration rouge qui finira par envahir toute la surface de l'ulcération. La saillie sur laquelle repose l'excoriation s'accuse davantage et, si on la presse entre les doigts, on éprouve de la résistance ; on sent un tissu dur, résistant à sa base ; c'est l'*induration spécifique* du chancre infectant qui continuera à s'étendre jusqu'à ce qu'elle soit complète. Alors, elle est nettement circonscrite et donne au toucher une sensation élastique particulière ; elle est limitée au pourtour de l'ulcération et se prolonge rarement le long des vaisseaux lymphatiques, sous la forme de cordons faisant suite au chancre. Selon certains auteurs, l'induration est en raison inverse de l'ulcération : si l'ulcération est petite, l'induration est très-prononcée ; si l'ulcération est large, l'induration

est petite. L'induration varie d'aspect et de forme : elle est totale ou partielle ; totale, elle occupe toute l'étendue de l'ulcération qu'elle arrive même à dépasser en lui formant un lit, en même temps qu'elle encadre ses bords ; partielle, elle occupe tantôt le centre, tantôt un point de la circonférence, tantôt la circonférence entière ; mince et lamineuse, elle donne la sensation d'une feuille de parchemin ; plus épaisse, elle donne au chancre la consistance d'un fibro-cartilage. L'induration est tantôt plate du côté de la surface du chancre, tantôt bombée, tantôt excavée. Il est évident que l'aspect de l'ulcération varie avec la forme de l'induration, et que l'on a des chancres plats, des chancres bombés, des chancres creux.

Dans la très-grande majorité des cas, l'induration est précoce et on peut la constater dans le deuxième, voire même dans le premier septénaire. Mais il est aussi des cas exceptionnels où l'induration est beaucoup plus tardive.

L'induration varie selon le siége du chancre ; elle est plus prononcée sur les muqueuses que sur la peau. Aux organes génitaux, chez la femme, l'induration est moins bien circonscrite que chez l'homme ; mais une main assez exercée arrive à la constater facilement. Elle manque rarement chez la femme, et ce qui a fait la nier chez cette dernière, c'est qu'elle est moins accusée et qu'elle disparaît plus vite que chez l'homme.

La durée de l'induration varie avec son volume et sa forme ; petite, elle disparaît rapidement sans laisser aucune trace ; épaisse, elle peut durer plusieurs mois et même plusieurs années. Sous l'influence du traitement, l'induration peut non-seulement disparaître peu de

temps après qu'elle s'est manifestée, mais elle peut même ne pas se produire. Même en dehors de tout traitement, la disparition du noyau induré est la règle; au bout d'un certain temps, il se ramollit puis est résorbé. Parfois aussi, il se forme un abcès dans l'intérieur de ce noyau qui se trouve détruit par la suppuration. J'ai observé un cas de ce genre à Saint-Lazare.

J'ai déjà dit que le chancre infectant est une manifestation morbide spéciale par son induration qui est le premier signe de l'infection générale. Si l'induration n'est qu'un signe, un symptôme, un accident de syphilis, il est évident qu'elle peut manquer et partant que l'on peut et doit rencontrer des chancres infectants non indurés. M. Clerc cite dans son traité trois observations de chancres infectants non indurés; il ne faut donc pas conclure que le sujet n'a pas la syphilis, sur l'absence de ce seul signe, mais bien rechercher d'autres caractères du chancre infectant qui permettront souvent le diagnostic. D'ailleurs, le chancre infectant non induré est une exception.

La *durée* du chancre infectant est subordonnée à sa forme, à son siége, à l'intervention ou à la non-intervention du traitement, aux complications qui peuvent survenir, à la constitution du sujet, à son régime, etc. La forme exulcéreuse guérit vite, vingt jours suffisent. La forme ulcéreuse est plus lente à guérir; elle dure de deux à trois mois. Quelle que soit du reste la forme, le chancre infectant guérit toujours, et la guérison *spontanée* est la règle, si aucune médication mauvaise locale ou générale ne vient retarder la terminaison.

Selon M. Clerc, 4 fois sur 5, le chancre infectant est *solitaire;* sa non-inoculabilité au porteur explique cet

isolement. Pour qu'il y ait en même temps plusieurs chancres infectants, il faut qu'ils aient été contractés tous au même moment et ils apparaissent tous à la même époque; ils sont contemporains. Le chancre infectant provoque régulièrement (98 fois sur 100) la tuméfaction et l'induration des ganglions lymphatiques situés dans son voisinage. Ces adénopathies, dites polyganglionnaires, sont dures, indolentes, sans changement de couleur de la peau qui est mobile; les ganglions sont indépendants, sans adhérence au tissu cellulaire, ils roulent sous le doigt. L'induration des ganglions se produit en même temps que l'induration du chancre, du premier au deuxième septénaire, et disparaît par résorption au bout d'un temps variable. Il est rare que l'on observe l'induration des vaisseaux lymphatiques qui se rendent du chancre aux ganglions de la région. Les adénopathies et les lymphites symptomatiques du chancre infectant ne suppurent pas; autant la suppuration est fréquente pour l'adénite due au chancre simple, autant elle est exceptionnelle pour l'adénite du chancre infectant.

Lorsque la durée du chancre dépasse six semaines, on observe fréquemment sur le sujet qui en est porteur les premiers symptômes de la syphilis acquise, tels que la roséole, l'angine, les papules des muqueuses et de la peau, etc.

Le phagédénisme, la gangrène, l'inflammation qui compliquent si souvent le chancre simple viennent rarement compliquer le chancre infectant.

Le chancre infectant se produit partout où le virus est déposé, pourvu qu'il existe une solution quelconque de continuité qui lui sert de porte d'entrée. Les organes

génitaux chez l'homme et chez la femme sont les parties du corps sur lesquelles on l'observe le plus souvent. Sur 403 cas de chancres infectants, M. Clerc en a rencontré 393 siégeant aux organes génitaux. Sur 471 cas, M. Fournier en a noté 445 au même siége. C'est sur le gland et sur le prépuce chez l'homme, sur les lèvres et à la fourchette, chez la femme qu'ils sont de beaucoup les plus nombreux. Des statistiques de MM. Clerc et Fournier, il ressort une proportion énorme (2 sur 3) de chancres siégeant sur le prépuce. En face d'un chiffre si important et si terrible à la fois, on voit que « la circoncision diminuerait dans une proportion considérable le nombre des chancres, partant le nombre des cas de syphilis chez l'homme et, comme la fréquence du chancre infectant chez la femme est en raison directe de sa fréquence chez l'homme, il en résulte que, si la circoncision était généralisée, la vérole serait relativement rare. » (M. Clerc.)

Le chancre infectant est beaucoup moins fréquent que le chancre simple, d'après MM. Fournier et Martin. D'après M. Belhomme, le chancre infectant serait, au contraire, plus fréquent. Je ne puis me ranger à cette dernière opinion, qui est contraire aux résultats de ma propre observation.

Anatomie pathologique. — Les recherches faites par MM. Marchal (de Calvi), Lebert, Acton, Robin et Ordonez démontrent que l'induration est constituée par des éléments fibro-plastiques.

Selon M. Robin, le chancre induré est formé :

1° D'une trame de fibres de tissu cellulaire;

2° De matière amorphe interposée à ces fibres ;

3° De noyaux libres fibro-plastiques, formant une partie considérable de sa masse et accompagnés d'une quantité au moins égale de cytoblastions;

4° De corps fusiformes fibro-plastiques.

L'induration ne diffère donc point par ses éléments histologiques des tumeurs fibreuses en général. Les recherches de M. Robin, confirmant celles de M. Lebert, démontrent que l'induration a son siége principal dans l'épaisseur du derme.

Le *diagnostic* du chancre infectant repose sur l'appréciation de ses symptômes, de ses signes, de ses effets ultérieurs et aussi sur la connaissance des différentes affections qui peuvent être confondues avec lui. Le seul signe pathognomonique réside dans l'infection. La confrontation des malades , infecté et infectant, est d'une grande importance dans le diagnostic; s'il se présente à nous un malade atteint d'une affection récente et que nous rencontrions chez le malade qui a infecté celui-ci, un chancre infectant dont l'évolution est plus avancée, nous serons en droit de conclure que l'ulcération de l'individu qui nous consulte est aussi un chancre infectant. En un mot, la lésion de l'infectant servira de guide pour établir celle de l'infecté.

Le chancre infectant ne s'inocule ni au malade qui le porte, ni aux sujets syphilitiques; le chancre simple, au contraire, s'inocule à tous les sujets indéfiniment. Si un chancre récent nous donne un résultat négatif à l'inoculation, présentant d'ailleurs les autres caractères du chancre infectant, nous sommes autorisés à diagnostiquer la syphilis; si le résultat est positif, nous aurons affaire à un chancre simple. L'autoinoculation peut

donc venir en aide au diagnostic. mais elle n'offre rien d'absolu, eu égard aux causes d'erreur qu'elle entraîne avec elle.

Le diagnostic du chancre infectant ne devra pas reposer sur un seul signe. mais sur l'ensemble de ses caractères; de plus, on devra tenir compte de son évolution et se souvenir que les individus qui ont, ou ont eu la syphilis. sont complétement réfractaires.

L'incubation, la forme initiale de la lésion, l'aspect qu'elle présente au bout de quelques jours, la présence d'une fausse membrane; tels sont les signes du chancre infectant à son début.

A la période d'état, il faut examiner attentivement la surface et la base de l'ulcération. sa coloration, l'état des ganglions voisins. Si l'induration fait défaut, l'état des ganglions, l'aspect de l'ulcération. l'autoinoculabilité du produit de sécrétion, négative si c'est un chancre infectant, positive si c'est un chancre simple, permettront de faire le diagnostic.

A la période de terminaison. l'induration de la base, l'engorgement des ganglions voisins, l'existence des symptômes prodromiques de la syphilis (céphalée, douleurs des membres, chloro-anémie), la présence des premières manifestations sur la peau ou les muqueuses (exanthèmes, papules. angine), établiront si on a affaire à un chancre infectant.

Le médecin ne doit pas perdre de vue que certains signes typiques peuvent manquer, ou disparaître rapidement; telle est l'induration qui fait quelquefois complétement défaut et, d'autres fois, s'accuse peu et disparaît vite.

Comme le chancre infectant est surtout confondu avec le chancre simple, je résume leurs signes différentiels dans le tableau suivant.

Chancre simple.	*Chancre infectant.*
Début d'emblée, sans incubation.	Début après une incubation dont la durée moyenne peut être fixée à 20 jours.
Tire son origine du chancre simple, ou du bubon chancreux. Chancre simple chez l'infectant.	Tire son origine de la syphilis acquise ou héréditaire, primitive ou secondaire, ou du sang syphilitique.
Débute par une vésico-pustule ou une ulcération.	Débute par une érosion formant saillie, semblable à une papule exulcérée.
Rarement solitaire, le plus souvent multiple et apparaissant par des inoculations successives de voisinage.	Ordinairement solitaire, rarement multiple, mais apparaissant simultanément.
Suppuration abondante s'inoculant à l'infini au porteur, ou à tout autre individu.	Suppuration peu abondante, ne s'inoculant ni au porteur, ni au sujet qui a, ou qui a eu la syphilis.
Transmissible aux animaux.	Particulier à l'homme.
A la période d'état, il est constitué par une ulcération d'abord arrondie, qui devient irrégulière, profonde, à bords taillés à pic et décollés, à fond grisâtre.	A la période d'état, il est constitué par une ulcération superficielle, plate ou bombée, rarement profonde, régulière, recouverte d'une fausse membrane qui est encadrée par un liséré rouge, ou rouge cuivré.
Douloureux.	Pas douloureux.
Base souple, présentant rarement une induration inflammatoire non élastique.	Induration caractéristique de la base, plus prononcée chez l'homme que chez la femme.
Accompagné d'adénites ou de lymphites phlegmoneuses, suppurant souvent et fournissant un pus inoculable, ou non inoculable.	Accompagné d'adénopathies polyganglionnaires indolentes, n'ayant aucune tendance à la suppuration et quelquefois de lymphite indurée.

A une grande tendance au phagédénisme et à la gangrène; c'est une affection locale souvent grave, longue à guérir.	A peu de tendance à s'étendre; il reste plutôt stationnaire et marche vers la guérison spontanée; très-rarement compliqué de phagédénisme et de gangrène. C'est une affection locale, relativement bénigne.
C'est un accident purement local, ne présentant aucun rapport avec la syphilis.	C'est la première manifestation apparente de la syphilis; c'est le signe local de l'infection générale, d'où l'existence fréquente des premiers accidents de la syphilis (douleurs rhumatoïdes, céphalée, roséole papules, angine...)

Le chancre infectant peut être confondu avec d'autres affections, telles que de simples érosions, des écorchures, l'herpès, des ulcérations consécutives aux opérations ou aux cautérisations, l'esthiomène, le cancer et les lésions consécutives de la syphilis constitutionnelle, lorsque ces diverses affections ont pour siége les organes génitaux spécialement.

L'*herpès* est toujours constitué par un groupe de vésicules ou d'ulcérations multiples, tandis que le chancre infectant est plus souvent solitaire. L'ulcération de l'herpès est nettement circonscrite, les bords semblent faits à l'emporte-pièce, son fond est situé au-dessous des parties environnantes et recouvert d'une matière grise pultacée. Le chancre infectant débute par une érosion superficielle, sans bords taillés à pic, formant une saillie plus ou moins prononcée, n'ayant point le fond pultacé, commun à l'herpès et au chancre simple, mais incomplétement recouverte par une fausse mem-

brane très-adhérente. Enfin, l'herpès ne s'accompagne jamais d'induration ni d'adénopathie.

Les simples *écorchures*, les *plaies* consécutives aux opérations, lorsqu'elles ont été énergiquement cautérisées, les plaies qui résultent de l'action des caustiques pourraient être confondues avec le chancre infectant dont elles offrent certains caractères; le caustique produit une induration fibro-plastique qui simule, à s'y méprendre, l'induration de l'ulcère syphilitique typique. L'absence des signes concomitants du chancre infectant et surtout de l'adénopathie spécifique des ganglions voisins que ne provoquent jamais les plaies simples, l'absence de symptômes constitutionnels feront éviter l'erreur.

L'esthiomène de la vulve peut surtout être confondu avec le chancre simple; MM. Boys de Loury et Costilhes, les premiers, en ont tracé, en 1845, les caractères différentiels. Mais, il peut aussi être confondu avec le chancre infectant. Je n'ai jamais observé l'adénopathie polyganglionnaire avec l'esthiomène, adénopathie qui est la règle avec le chancre infectant, dont les accidents consécutifs viennent confirmer la diagnostic, tandis qu'ils ne paraissent jamais à la suite de l'esthiomène, quelle qu'en soit la durée. J'ai revu à Saint-Lazare, en 1866, dans le service de M. Boys de Loury, une femme qui avait été traitée en 1864 d'un chancre infectant, suivi d'accidents constitutionnels. En 1866, toute la vulve et une grande partie du vagin étaient atteintes d'un esthiomène qui présentait tous les caractères d'un chancre infectant de forme ulcéreuse, décrit par les auteurs. Les ganglions des deux aines étaient durs, indolents et, ne fût l'âge des accidents syphilitiques que cette

femme nous présentait en même temps et dont nous avions suivi toute l'évolution, nous aurions conclu à un chancre infectant. Les *affections cancéreuses*, siégeant aux organes génitaux, aux lèvres et sur la langue, peuvent être confondues avec le chancre infectant. Mais l'absence d'accidents constitutionnels permettra d'éviter toute erreur. Les auteurs citent plusieurs faits d'ablation de chancres infectants qui avaient été pris pour des cancroïdes. La *papule naissante*, surtout si elle est ulcérée et recouverte de diphthérite, ressemble étonnamment au chancre infectant récent. L'absence de l'induration de la base ; la diphthérite recouvrant complétement l'ulcération, la présence d'autres symptômes constitutionnels conduiront au diagnostic exact, quel que soit le siége. Si ces papules naissent tardivement, le diagnostic sera plus difficile, mais les commémoratifs viendront en aide au médecin. Il arrive quelquefois que, les accidents secondaires se développant au moment de la cicatrisation du chancre infectant, celui-ci est transformé en papule muqueuse *in situ*. L'erreur sera facilement évitée. Le chancre infectant est souvent solitaire ; les papules et les plaques muqueuses syphilitiques sont presque toujours multiples, souvent même très-nombreuses. Ce fait seul éclairera le diagnostic. Les *tumeurs gommeuses* et les *tubercules syphilitiques* ulcérés, siégeant à la vulve, sur la verge et au scrotum, peuvent aussi être confondus avec le chancre infectant. M. Clerc cite quatre observations de ce genre ; l'absence d'hypertrophie dans les ganglions voisins, les antécédents syphilitiques du malade lui ont permis d'éviter l'erreur.

Le chancre infectant, en tant que lésion locale, est une affection bénigne ; mais elle est l'indice certain de l'exis-

tence de la syplilis constitutionnelle chez le malade qui en est atteint ; c'est le signe de la vérole dont les divers accidents vont successivement se manifester, graves chez les uns et bénins chez les autres.

DU PRÉTENDU CHANCRE CÉPHALIQUE.

En 1854, M. Rodet appela le premier l'attention sur ce fait que presque tous les chancres de la langue et tous les chancres des lèvres qu'il avait observés avaient été suivis de syphilis. Il concluait que le chancre simple ne se montre jamais sur les lèvres et presque jamais sur la langue. M. Ricord déclara bientôt qu'il n'avait pas encore rencontré de chancre simple à la tête, ce qui, selon M. Ricord, démontrait péremptoirement l'influence du siége du chancre sur la production de l'infection et infirmait la doctrine de la transmission du chancre dans son espèce. Dès lors, la question du chancre céphalique devint capitale, et chacun chercha à l'élucider. Il est incontestable que le chancre simple est très-rare à la tête ; la science, qui n'en possède que quatre observations cliniques, est riche, au contraire, d'observations de chancres infectants de cette région. Quelle peut être l'explication de ce fait ? C'est que les chancres sont faciles à reconnaître sur les organes, dans les rapports *ab ore*, et que la femme et l'homme évitent ces rapports, par crainte de la contagion, dès qu'ils constatent la présence d'un chancre. Mais, si le chancre est facile à voir, il n'en est pas de même des plaques muqueuses qui sont souvent cachées dans la bouche, à la gorge et à la vulve et qui passent inaperçues, parce qu'elles frappent peu, ou point, les regards ; parce qu'elles ne provoquent aucune douleur, partant inspi-

rent peu de défiance. Mais, elles suffisent pour transmettre la contagion.

Si la clinique ne nous offre que quatre observations de chancre simple céphalique, il n'en est pas de même de l'inoculation expérimentale. MM. Rollet en 1857, Huebbenet, Buzenet et Nadaud des Islets, en 1858, relatent 21 observations parfaitement concluantes, et qui démontrent péremptoirement que la région céphalique ne jouit d'aucune immunité contre le chancre simple, puisque l'inoculation du pus de cette ulcération sur un point quelconque de la face ou de la tête, réussit toujours parfaitement. Ainsi, la question capitale se trouve réduite à néant, en principe et en fait.

DU CHANCRE INFECTANT DU SEIN.

Pour expliquer les nombreux cas de chancres infectants qu'il a rencontrés sur le sein des nourrices, M. Ricord accusait celles-ci, ou d'avoir laissé accomplir l'acte vénérien entre les deux seins, ou d'avoir transporté elles-mêmes aux mamelons le pus recueilli par elles sur un chancre des parties génitales. L'argument est mauvais, puisque le virus syphilitique n'est pas réinoculable au porteur. La foi à la non-contagiosité des accidents secondaires conduisit la justice à de nombreuses erreurs. Il répugnait essentiellement à l'école du Midi de rapporter ces faits à leur véritable source, les lésions syphilitiques du nouveau-né, et de reconnaître l'immunité dont jouissent les mères-nourrices, en face de leurs propres enfants infectés, qu'elles allaitent impunément. La mère ne peut pas communiquer la syphilis à son enfant, pendant la vie intra-utérine, sans l'avoir elle-même, ou

sans la contracter par le fait même de la gestation ; dès lors, pendant l'allaitement, l'enfant ne peut donner à sa mère une maladie dont une première atteinte est pour elle un préservatif. Colles, le premier, en 1844, posa ce principe qu'un nouveau-né affecté de syphilis congénitale, bien qu'il en ait les symptômes à la bouche, ne fait jamais naître d'ulcération au sein qu'il tette, si c'est sa mère qui l'allaite, alors qu'il infecterait une nourrice étrangère. Si le nouveau-né syphilitique infecte sa mère-nourrice, c'est qu'il est atteint de syphilis acquise et non de syphilis héréditaire.

Comme pour la syphilis acquise, la bouche est le siége d'élection de la syphilis héréditaire, et ce sont les lésions buccales qui inoculent le virus au sein de la nourrice. M. Roger a signalé, en 1865, une nouvelle source d'humeurs contagieuses actives, spéciale au nouveau-né ; c'est le coryza aigu ou chronique dont la sécrétion liquide, rejetée par les narines, se trouve en contact avec le sein auquel il inocule la syphilis. Les lésions secondaires sont rares aux mamelons et la nourrice communique plus souvent la syphilis au nourrisson en l'embrassant bouche à bouche, en le lavant avec sa salive et en lui donnant à boire et à manger avec les ustensiles de ménage dont elle se sert elle-même, que par l'allaitement. Le chancre primitif du mamelon devient souvent un agent actif de contagion. Si le nourrisson ne peut pas prendre la maladie dont il est l'auteur et par laquelle il a passé, le nourrisson étranger qui, par occasion, prend le sein de cette nourrice contracte très-bien un chancre buccal qu'il peut à son tour communiquer à sa nourrice habituelle, si elle n'a pas l'immunité ; cette dernière devient ainsi un nouvel agent de contagion. Le

nourrisson peut contracter la syphilis par la vaccination et transmettre plus tard cette maladie acquise à sa nourrice. Ce dernier mode de contagion explique à merveille les nombreux faits qui sont consignés dans les relations des endémo-épidémies vaccino-syphilitiques de Lupara, Rivalta et Bergame, faits dans lesquels les nourrissons ont infecté leurs mères-nourrices.

Le chancre mammaire a pour siéges habituels le mamelon, sa base et son pourtour. Ceux dont le siége est excentrique sont dus spécialement, selon M. Roger, à l'inoculation des mucosités rejetées par les narines. Le chancre du sein est souvent multiple. Celui du mamelon, qui est presque toujours proéminent, a été pris, de ce chef, pour une tumeur cancéreuse ou papillaire. Celui de la base a l'aspect d'une fissure, circonscrivant une partie de la circonférence du mamelon et il faut le déplisser pour le bien voir. Enfin, celui de l'aréole est plus souvent plat et parcheminé. La fréquente transformation *in situ*, en papule, du chancre infectant du sein, a seule pu faire croire à la fréquence des manifestations secondaires aux seins des nourrices.

DES ACCIDENTS SUCCESSIFS (SECONDAIRES ET TERTIAIRES) DE LA SYPHILIS.

Mon but n'est point de décrire d'une façon complète les différents accidents qui peuvent se manifester sur tous les points de l'économie à la suite du chancre infectant, mais bien seulement d'indiquer les découvertes modernes qui se rattachent à ces accidents. Aussi, ne ferai-je pas une énumération didactique de ces lésions diverses; je me contenterai de noter celles qui ont

donné lieu à des observations et à des descriptions nouvelles.

La *plaque muqueuse*, un des accidents secondaires les plus fréquents, a été étudiée d'une manière toute spéciale, d'abord en 1845, par MM. Davasse et Deville, qui ont décrit les premiers ce phénomène si intéressant dont j'ai déjà porté plus haut, de la transformation *situ* du chancre infectant en plaque muqueuse. M. Bassereau a attiré l'attention sur une variété de cette lésion qu'il a nommée la plaque muqueuse opaline; cette variété, assez fréquente dans la cavité buccale, a une saillie peu accusée et est recouverte d'une pellicule blanchâtre qui ressemble à s'y méprendre à l'eschare légère produite par une cautérisation superficielle au moyen du nitrate d'argent. M. Bazin, dans ses dernières leçons cliniques, a soutenu une opinion tout à fait nouvelle; ce serait, selon lui, une erreur de croire que la plaque muqueuse qu'il propose de nommer plaque syphilitique, a toujours, ainsi que l'indique son nom vulgaire, son siége sur les muqueuses; ce serait pour lui une lésion qu'on peut observer sur tous les points de la surface cutanée. Dans le dernier volume de ses leçons cliniques, M. Bazin étudie avec beaucoup de soin la plaque syphilitique de la peau, dont il donne avec précision les caractères diagnostiques. Je me range complétement, pour ma part, à cette idée et, pendant la durée de mon internat à Saint-Lazare, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette lésion : j'ai noté surtout un cas remarquable de plaques syphilitiques développées sur le cuir chevelu.

D'après MM. Aimé Martin et Léger qui ont soumis plusieurs plaques muqueuses à l'examen histologique de

M. Robin, la plaque muqueuse est une lésion superficielle qui n'envahit le derme que dans le cas où elle affecte la forme ulcéreuse ; le plus souvent, elle est limitée aux cellules épithéliales et elle laisse absolument intactes les couches du derme et les glandes situées dans leur épaisseur.

M. Aimé Martin a décrit aussi (*Union médicale*, août 1861), une forme toute spéciale de la syphilis secondaire des muqueuses, à laquelle il a donné, à cause de sa grande ressemblance avec les pseudo-membranes du croup, le nom de diphthérite syphilitique secondaire. D'après cet auteur, cette lésion consiste le plus ordinairement en une simple rougeur, sans saillie de la muqueuse, recouverte d'une plaque pseudo-membraneuse d'un blanc mat, à bords tranchés, très-peu épaisse, assez adhérente, et se reproduisant avec une merveilleuse facilité. Cette lésion, constituée surtout, d'après M. Robin, par une trame de fines fibrilles fibrineuses parsemées d'une grande quantité de granulations moléculaires, de quelques globules de pus et de cellules pavimenteuses, cette lésion, dis-je, s'observe surtout à la vulve. On l'a constatée aussi à la gorge, sur les amygdales, les gencives, les lèvres, le pourtour de l'anus et le col de l'utérus. J'en ai observé, pour ma part, un cas remarquable dans lequel la fausse membrane, qui a résisté pendant quatre mois au traitement local et général, a envahi de proche en proche toute l'oreille externe.

Les *syphilides*, c'est-à-dire les manifestations cutanées de la vérole qui se rapprochent des formes élémentaires des affections vulgaires de la peau, sont bien connues et bien décrites depuis les trauvaux de Biett. Je n'ai à noter que la syphilide pigmentaire, ou maculeuse, con-

sistant dans des taches grises ou jaunes, sans aucune saillie, de forme irrégulière, entremêlées de taches blanches, mais sans aucune desquamation; ces taches siégent surtout sur les parties découvertes et spécialement sur le cou. Elles ont été décrites d'abord par M. Hardy, et ensuite par son interne M. Pilon. Cette variété de syphilide n'est pas admise par tous les auteurs.

Pour le *pemphigus,* qui a donné lieu à intéressantes discussions et qui, en 1851, a passionné l'Académie de médecine, je serais tenté de me ranger à l'opinion de M. Gubler qui admet deux espèces de pemphigus, l'un simple, l'autre spécifique. Celui que l'on rencontre le plus fréquemment est dû à un état cachectique.

M. Dubuc, dans sa thèse inaugurale, a appelé l'attention sur une forme très-intéressante de syphilide. On croyait jusqu'alors que les syphilides se développaient dans l'ordre admis généralement par les auteurs, qu'elles commençaient par la forme érythémateuse, et qu'à cette forme succédaient (à moins que la guérison n'intervînt) les formes papuleuse, vésiculeuse, pustuleuse, tuberculeuse, pustulo-crustacée, tuberculo-ulcéreuse, etc.; M. Dubuc a eu la preuve de l'erreur dans laquelle on était tombé. Il a eu l'occasion d'observer, dans le service de M. Bazin, plusieurs cas dans lesquels les syphilides malignes apparaissaient presque au début de la syphilis; il a cité, entre autres, plusieurs observations de syphilide tuberculo-ulcéreuse, généralisées et précoces.

Les *lésions viscérales* de la syphilis ont été bien décrites, surtout dans ces dernières années, et leur anatomie pathologique est de date toute récente. Selon Dittrich, les diverses productions de la syphilis tertiaire,

dont le type est la gomme, sont toujours organisées. MM. Lebert et Robin ont constaté qu'elles renfermaient toujours des cytoblastions et du tissu conjonctif; pour M. Virchow, elles sont constituées uniquement par une prolifération du tissu conjonctif. Je me contenterai d'indiquer les différentes lésions nouvelles qu'on peut attribuer à la syphilis et sur la nature desquelles le microscope, ainsi que l'observation clinique, nous ont apporté quelque lumière dans ces derniers temps. Je ne parlerai donc que pour mémoire des rétrécissements syphilitiques de l'œsophage, signalés en 1853, par le regrettable Follin, ainsi que de cette lésion si fréquente, les rétrécissements syphilitiques du rectum, décrits, en 1854, par M. le professeur Gosselin, dont les belles recherches ont été poursuivies et complétées, depuis cette époque, par celles de MM. de Baërensprung, Muller et Leudet. Je ne ferai également que citer les quelques faits nouveaux qui se trouvent consignés dans le volumineux ouvrage de M. Lancereaux, faits de myocardite gommeuse et d'arthropathie syphilitique. J'insisterai seulement sur l'anatomie pathologique de la tumeur gommeuse, parce qu'à mon sens elle résume, presque à elle seule, la plus grande partie des lésions viscérales, ainsi que les accidents ternaires et quaternaires de la syphilis. Je ne puis résister au désir de citer textuellement l'opinion de M. le professeur Robin sur la constitution anatomique de cette lésion si importante : « Les plus petites étaient formées d'un tissu, tantôt uniformément gris, demi-transparent, tantôt d'un gris rosé, avec ou sans stries grisâtres plus opaques. Le tissu était d'une consistance comparable à celle du foie un peu induré, il était friable et se déchirait sans pré-

senter d'aspect filamenteux, si ce n'est vers la surface où il se confondait peu à peu avec le tissu cellulaire ambiant. On y trouvait beaucoup de cytoblastions constituant les 7 ou 8 dixièmes de la masse morbide. Ces éléments anatomiques étaient plongés dans une substance amorphe, finement granuleuse, demi-transparente, mais dépourvue de granulations graisseuses. Dans cette matière, il n'existait pas ou presque pas de fibres de tissu cellulaire isolées, non disposées en faisceaux; çà et là, étaient de rares fibres élastiques, ainsi que quelques vaisseaux capillaires; il ne s'y trouvait qu'un petit nombre de noyaux embryoplastiques et très-peu de corps fusiformes. Des tumeurs plus volumineuses, molles, offraient l'aspect gélatiniforme qui les a fait comparer à une matière gommeuse; leur tissu donnait au toucher la sensation d'un matière glutineuse, sans toutefois atteindre la viscosité du mucus. Ce tissu demi-transparent n'offrait pas d'une manière uniforme cet aspect; dans certains points, il présentait des portions d'un gris jaune, analogue à celui produit par une infiltration de pus. Le tissu interposé, demi-transparent, gélatiniforme, était tantôt incolore, d'autres fois il offrait une teinte rosée ou une teinte jaune, analogue à de la gélatine mal purifiée. Dans le tissu des tumeurs offrant cet aspect, se rencontraient les mêmes éléments décrits plus haut; seulement la matière amorphe interposée aux cytoblastions et autres éléments, était beaucoup plus abondante, plus molle, facile à écraser entre deux lames de verre, moins granuleuse, plus transparente; c'est à elle que le tissu devait principalement son aspect gélatineux et sa demi-transparence; c'est à sa mollesse aussi qu'il devait sa con-

sistance particulière. Quant aux parties jaunes, d'aspect purulent, elles ne renfermaient pas de pus, mais seulement de nombreuses granulations jaunâtres, de nature graisseuse, très-petites, mais nombreuses et rapprochées les unes des autres. Ce sont des tumeurs à cette période qui ont fait donner le nom de *gommes* à ces produits morbides. Quant au tissu des tumeurs plus volumineuses que les précédentes, il présentait la même consistance, la même texture, la même vascularité; plus riche en cytoblastions, il renfermait plus de matière amorphe; mais son opacité et sa couleur étaient dues, sans doute, à la quantité considérable de granulations moléculaires graisseuses, uniformément distribuées entre les éléments précédents (1) »

Les nouveaux moyens d'exploration que la science a mis entre nos mains ont permis d'étudier d'une manière plus complète certaines altérations qui, avant ces dernières années, avaient échappé aux investigations les plus minutieuses. Il est incontestable, en effet, que l'emploi de l'ophthalmoscope a fait découvrir dans les différentes membranes de l'œil des lésions causées par la syphilis, et dont l'existence n'avait pas été soupçonnée. La choroïdite syphilitique, bien étudiée par MM. Schulze et Desmarres, est une lésion qui comprend deux formes : la forme congestive, caractérisée par l'hyperémie des vaisseaux de la choroïde, et la forme exsudative, consécutive à la première, dans laquelle on observe un épanchement plus ou moins abondant de lymphe plastique, formant des dépôts décrits sous le nom d'exsudats et entourés d'agglomérations

(1) Thèse Van Oordt, 1859 ; Paris.

pigmentaires. Ces deux formes, dont l'une n'est que la conséquence de l'autre, se retrouvent exactement dans la rétinite. Il existe d'autres lésions syphilitiques de l'œil que je dois mentionner : c'est d'abord le décollement de la rétine si bien décrit par Follin, l'atrophie de la papille dont la découverte est due à M. de Graefe, et enfin les corps flottants de l'humeur vitrée, dont la composition est la même que celle des exsudats de la choroïdite et de la rétinite syphilitiques. Je ne parlerai pas des lésions du rein, du poumon, du foie, de la rate, car elles se composent invariablement et uniquement, à mon avis, de la tumeur gommeuse ou des cicatrices qui lui succèdent. Le testicule syphilitique, caractérisé par un épaississement du tissu fibreux et un épanchement plastique dans le parenchyme de l'organe, a été décrit si souvent et d'une façon si complète, il y a plus de trente années, que l'école moderne n'a pu rien ajouter à cette description. Les lésions du périoste et des os, depuis la périostose jusqu'à la carie et la nécrose, ont donné lieu également à de nombreux travaux qui ne rentrent pas dans mon cadre. L'étude des lésions du système nerveux, de cause syphilitique, est encore peu avancée, malgré les travaux nombreux auxquels elles ont donné naissance depuis quelques années. Mise à l'ordre du jour par l'Académie, en 1859, cette question attire aujourd'hui l'attention d'un grand nombre de médecins distingués; les observations se multiplient, et bientôt on pourra tirer des conclusions formelles. Il me suffit de citer, parmi les travaux remarquables qui ont été publiés sur ce sujet, les livres de MM. Léon Gros et Lancereaux, Zambaco et Lagneau fils. La seule chose certaine, c'est que rien ne prouve actuellement

que les centres nerveux et les nerfs puissent être influencés directement par le virus syphilitique; les troubles de la sensibilité, de l'intelligence et de la motilité, notés par les auteurs comme dépendant de la syphilis, me paraissent être causés, d'une manière exclusive, soit par des altérations osseuses provoquant des phénomènes de compression, soit par l'inévitable tumeur gommeuse, développée dans les organes voisins ou dans le tissu nerveux lui-même.

J'ai traité, dans le courant de cette étude, toutes les questions se rattachant à la syphilis infantile qui ont donné lieu à des travaux récents, et notamment la transmission de la syphilis par la vaccination et l'infection par l'allaitement. Il me reste, pour être complet, à fixer en quelque lignes l'opinion généralement admise de nos jours sur les conditions d'hérédité de la syphilis. Il est péremptoirement démontré, par les travaux de MM. Bertherand, Depaul, Trousseau et Campbell, que le père étant seul syphilitique peut donner naissance à un enfant infecté. A cette question se rattache celle de l'infection de la mère par le fœtus vicié; quoique quelques faits isolés semblent militer contre ce mode d'infection, il n'en est pas moins généralement admis aujourd'hui. A ce deuxième cas se rapporte la proposition suivante : « Un homme syphilitique, ayant des rapports avec une femme saine et enceinte, peut-il donner directement la maladie au fœtus sans infecter la mère? » Sans nier la possibilité de ce fait, je le considère au moins comme peu probable. Quant aux deux cas dans lesquels la mère est syphilitique, où le père et la mère sont syphilitiques, on comprend que l'hérédité de la syphilis n'est pas douteuse.

TRAITEMENT.

Depuis trois siècles et demi, le mercure domine la thérapeutique des maladies syphilitiques. Tous les médecins qui ont successivement étudié d'une manière spéciale les manifestations de la syphilis ont administré avec succès ce médicament héroïque, contre lequel cependant on a élevé toutes les accusations, lui imputant tous les maux, voire même les accidents contre lesquels on l'emploie! Le mercure est toujours sorti victorieux de ces nombreuses luttes, conservant quelques ennemis et de nombreux partisans. Toutefois, nous venons encore d'assister à une nouvelle campagne, dirigée contre l'efficacité de ce médicament et même contre son utilité dans le traitement de la syphilis. La Société de chirurgie a entendu, à cette occasion, plusieurs orateurs soutenir dans son sein les théories les plus opposées sur l'action du mercure: c'est qu'aujourd'hui cette question est loin d'être épuisée. Mais, toutes ces dénégations que l'on oppose aux partisans du mercure ne prouvent-elles pas tout simplement que l'on a eu tort de lui attribuer une action spécifique, qu'on a eu tort de le regarder comme un médicament antisyphilitique! Si le mercure était un spécifique, ne devrait-il pas guérir tous les syphilitiques, toutes les syphilis et toutes les manifestations de cette maladie! Et pourtant, aujourd'hui encore, la majorité des médecins accepte cette épithète de spécifique pour le mercure; mais, il leur a fallu partager ce privilége de guérir les accidents syphilitiques avec l'iodure de potassium à qui il était réservé d'être le spécifique des manifestations

de la troisième période. Nous voici donc en possession de deux spécifiques pour guérir la syphilis; eh bien, cela ne suffit pas encore pour rendre l'opinion des médecins unanime sur ce point. Cette controverse existe depuis bien longtemps, car Hunter disait : « Rien n'est plus propre à démontrer l'ingratitude et l'inconstance de l'esprit humain, que la manière dont on agit à l'égard du mercure. S'il existe un médicament qui mérite le titre de spécifique, c'est bien certainement le mercure et cela pour deux formes de la maladie vénérienne. Cependant les médecins cherchent d'autres spécifiques contre cette affection, comme si les spécifiques étaient plus communs que les maladies; tandis que, trop souvent, ils se contentent des méthodes ordinaires de traitement dans d'autres maladies contre lesquelles ils n'ont aucun spécifique. Ces préjugés sont favorisés par le public, qui manifeste au sujet de ce médicament une terreur dont la source est dans le défaut de connaissances que nos devanciers ont montré dans son administration, et cette faiblesse est exploitée par plusieurs contemporains qui sont également ignorants. »

Cette idée de la non-spécificité de l'action du mercure a été bien souvent exposée et a compté parmi ses partisans des hommes éminents. Au commencement de ce siècle, Broussais s'est attaché à cette idée; mais, malheureusement, non content de nier l'action spécifique du mercure, il proscrivit ce médicament du traitement de la syphilis et le remplaça par la saignée. En Allemagne, des travaux récents tendent à démontrer que le mercure n'a pas d'autre action que de modifier les lésions produites par le virus syphilitique, et que s'il agit sur ce virus lui-même, ce n'est qu'en facilitant

son élimination. Mais, jusqu'à ces derniers temps, l'action du mercure sur l'économie a été mal connue, son action sur le virus syphilitique était donc mal interprétée.

C'est à M. le professeur Sée que nous devons de connaître aujourd'hui les données les plus nouvelles sur l'action physiologique du mercure. M. Sée, dans son Cours de thérapeutique à la Faculté de médecine, a traité longuement cette question dans le dernier semestre. Je suis heureux de pouvoir résumer ici les principaux points de cette action du mercure sur les humeurs et les tissus de l'économie. Je remercie mon excellent ami, M. Meuriot, interne de M. Sée, de l'empressement qu'il a mis à me communiquer les notes qu'il a recueillies au cours de l'éminent professeur, et dont nous avons extrait ce qui suit :

Action physiologique du mercure. — Le mercure, sous quelque forme qu'il ait été administré, peut pénétrer dans le sang. A la suite des frictions mercurielles, les parties voisines du point d'application de la pommade médicamenteuse contiennent des globules de mercure. Ces globules se retrouvent dans le sang; en effet, le microscope y a constaté la présence du mercure en nature, sous la forme de globules arrondis de 1500 de millimètre de diamètre, très-réfringents et résistant à tous les réactifs. Quelle que soit la préparation de mercure qui ait été donnée à l'intérieur, c'est sous la forme de bichlorure que ce médicament est absorbé. Dans le sang, le bichlorure, en présence des globules rouges qui possèdent à un haut degré la propriété ozonisante, se décompose en bioxyde de mercure qui se

combine à l'albumine pour former un albuminate de bioxyde de mercure; mais, au contact du chlorure de sodium, il se fait un chloro-albuminate mercurique et sodique. Le sang contient toujours fort peu de mercure; il ne lui sert en quelque sorte que de véhicule. Le mercure s'élimine; mais une partie se localise dans le système nerveux, dans le tissu musculaire, etc.; parfois même dans les os, mais cela exceptionnellement.

On a reproché au mercure de produire une diminution des globules et de l'albumine et une dissolution de la fibrine. Pour l'éminent professeur, la diminution de l'albumine est le seul phénomène produit, sous l'influence de l'action dénutritive du mercure. Le sang des ouvriers qui travaillent dans le mercure ne présente nullement de l'aglobulie; au lieu d'être diffluent, leur sang est au contraire très-coagulable et donne parfois une très-belle couenne. Il y aurait donc bien plutôt augmentation que diminution de fibrine; aussi, est-ce bien à tort que le mercure a été regardé comme un antiplastique, comme un diffluent du sang. L'excès de fibrine provient précisement de l'oxydation de l'albumine, dont la quantité est diminuée dans le sang mercurialisé. Le mercure s'élimine surtout par les glandes salivaires et par la peau, par les reins et l'intestin, rarement par les poumons et la glande mammaire. On sait toute l'importance que l'on attachait autrefois à la salivation dans le traitement de la syphilis; aujourd'hui, l'on ne doit regarder la salivation que comme un symptôme secondaire de la stomatite qui est déterminée par l'élimination du mercure au moyen des glandes salivaires. La salive mercurialisée produit la stomatite qui elle-même, par action réflexe, occasionne une suractivité dans la

sécrétion des glandes de la salive. On observe donc successivement l'élimination d'une salive contenant du mercure, une stomatite et une salivation abondante, conséquence de l'inflammation de la muqueuse buccale. Il en est de même pour les ganglions lymphatiques qui peuvent se prendre consécutivement à la stomatite; on a attribué bien à tort leur induration au mercure. Le médicament n'a pas d'autre action sur le système lymphatique que son action dénutritive générale, laquelle s'exerce aussi bien sur le système lymphatique que sur toute l'économie et, si des ganglions deviennent le siége d'hyperplasies, le mercure aura la propriété de les détruire, comme il les détruit partout. Le mercure s'élimine par la peau, puisqu'on l'a retrouvé dans la sueur; mais cette élimination, peu intense d'ailleurs, n'est pas constante; cependant, elle peut parfois produire des éruptions. L'action du mercure sur la peau est très-superficielle et se borne à atteindre les épithéliums. Le mercure se retrouve aussi dans les urines; son passage détermine quelquefois de l'albuminurie, par suite de l'irritation catarrhale de la membrane interne des calices et des bassinets. Chez l'homme, le mercure est peu éliminé par le foie; mais il n'en est pas de même chez les animaux et en particulier le chat : chez eux, le mercure affectionne cette glande.

En résumé, dans le sang, le mercure se retrouve à l'état de chloro-albuminate, quelquefois à l'état de globules, mais en très-petit nombre; il se retrouve aussi dans tous les tissus et dans toutes les humeurs, dans la salive, la bile, le lait, mais en proportion très-faible dans le lait.

L'élimination du mercure ne se fait pas d'une manière

continue, mais par poussées successives, par saccades. Comme nous l'avons vu, le mercure se localise dans nos tissus; mais il peut de là rentrer dans la circulation et être alors éliminé. Dans le mercurialisme latent, à chaque excitation qui amène une suractivité générale de la nutrition, le mercure est résorbé, il rentre dans la circulation, et c'est alors qu'il détermine des effets d'élimination. Selon M. Sée, il en serait de même pour la syphilis, qu'il ne considère pas comme une diathèse; il y a là un virus dont l'élimination se fait par poussées successives.

L'action du mercure sur la nutrition générale est démontrée par le mercurialisme professionnel que l'on est à même d'observer si fréquemment. Le sang mercurialisé est caractarisé par une diminution de l'albumine, et souvent une augmentation de la fibrine; avec le mercurialisme, on ne retrouve jamais de produits inflammatoires. Quant à la tendance aux hémorrhagies, elle est très-discutable, puisqu'il n'existe que deux cas dans la science. L'ulcération n'est pas non plus un symptôme dominant dans le mercurialisme.

La cachexie mercurielle est caractérisée par une dénutrition générale. Le mercure a donc une propriété dénutritive générale; il dénourrit tout, mais aussi il attaque les produits inflammatoires; il détruit les hyperplasies.

L'action thérapeutique du mercure se borne donc à deux effets principaux : des effets par élimination et des effets dénutritifs; il agit donc sur les épithéliums, sur la peau et sur les muqueuses ; il produit une action dénutrive générale qui détruit toutes les hyperplasies. Jamais le mercure ne donne naissance à de nouveaux

produits, il n'organise pas ; il a plutôt une légère tendance ulcérative.

Pour M. le professeur Sée, la syphilis est une maladie éminemment caractérisée par des hyperplasies ; et toutes les lésions produites par le virus syphilitique sont des hyperplasies ou des gommes. La thérapeutique doit s'attacher à détruire ces lésions et non pas à poursuivre le virus dans le sang qui n'a qu'un rôle passif, qui sert de véhicule. Le mercure détruit l'hypergénèse syphilitique ; il est le modificateur énergique de toutes les syphilides superficielles. Quant aux lésions plus profondes de la syphilis, elles sont bien plus facilement attaquées par *l'iode* qui a une action puissante sur tout le tissu connectif : l'iode est un atrophiant local et général et l'on peut réunir son action spéciale à l'action dénutritive du mercure. Il n'y a pas d'action spécifique produite sur le virus syphilitique ; il n'y a que des actions sélectives sur les épithéliums et les néoplasmes par le mercure et sur le tissu connectif par l'iode. Contre les syphilides précoces, le mercure se trouve donc naturellement indiqué ; contre les lésions profondes de la syphilis dans lesquelles domine le tissu connectif, on donnera plutôt l'iode, ou mieux, l'iodure du potassium.

Tels sont les deux médicaments que l'on a longtemps administrés comme des spécifiques contre la syphilis ; la physiologie vient de leur attribuer leur véritable rôle, et leur action, de mystérieuse qu'elle était auparavant, est devenue nette et intelligible. M. Sée repousse toute idée de spécificité en thérapeutique, et il ne reconnaît pas au chlorate de potasse une action spécifique contre la stomatite mercurielle. Le chlorate de potasse, produisant une hypersécrétion de la salive,

favorise ainsi l'élimination du mercure. Il prévient donc la stomatite, en hâtant le passage du mercure. Les sulfureux ont une action identique dans le mercurialisme et dans la syphilis latente. Chez les malades qui détiennent du mercure, il se produit de la suractivité dans la nutrition, sous l'influence des sulfureux, qui font rentrer dans la circulation le mercure qui s'était localisé dans l'économie et en facilitent ainsi l'élimination. Il en est de même pour le virus syphilitique; les sulfureux ont la propriété de faciliter son élimination, et, par conséquent, de faire naître les manifestations extérieures. On a reproché au mercure d'engendrer bien des lésions qu'on ne devait rapporter qu'à la syphilis. On l'a accusé de produire une anémie. *A juste titre*, M. Sée lui attribue la propriété de guérir l'anémie, due à la syphilis. Les sujets syphilitiques deviennent anémiques consécutivement aux lésions du système lymphatique; ces lésions devant nécessairement diminuer les globules blancs du sang, il en résulte une aglobulie. Mais le mercure a la propriété de détruire les néoplasmes qui ont pour siége les ganglions et de rendre à ces ganglions leur activité; il amène ainsi la disparition des causes de l'aglobulie et partant il la guérit.

Telles sont en résumé les idées nouvelles professées par M. Sée. Elles ouvrent un vaste horizon, inconnu jusqu'ici aux médecins, et je ne doute nullement qu'elles ne fassent faire un grand pas aux diverses branches de la médecine, dans lesquelles l'emploi du mercure et de l'iode est et sera indiqué. Il ressort de là que ces deux médicaments ne doivent être administrés, contre la syphilis, qu'autant que cette affection mani-

festera sa présence au médecin, qui devra en cesser l'emploi dès la disparition des accidents, sauf à y revenir contre chaque nouvelle poussée.

A quelle époque doit-on commencer le traitement?

Naguère encore on considérait la blennorrhagie, l'herpès, le chancre simple comme des accidents primitifs de la vérole. Les uns administraient le mercure et croyaient prévenir ainsi les poussées successives du virus; d'autres pratiquaient l'expectation ou toute autre méthode, et ils déclaraient avoir guéri sans mercure. C'est ainsi qu'on arrivait, de bonne foi, à des résultats contradictoires, mais également concluants dans les deux camps : on avait guéri une maladie qui n'existait pas! Aujourd'hui, au contraire, chacun sait que la blennorrhagie, les végétations, le chancre simple, le bubon et l'herpès sont étrangers à la syphilis, et l'on connaît parfaitement le véritable, l'unique accident primitif de la vérole; on peut le reconnaître à des caractères bien tranchés; enfin, on sait que le chancre infectant est la première manifestation locale du virus syphilitique. Il ressort de là que, dès la première apparition du chancre initial, l'infection est acquise, et qu'on doit la traiter sans retard. S'il y a accident, s'il y a manifestation du virus, il faut donc administrer le mercure. Il est évident que le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera plus prompt.

Presque fatalement, tous les chancres infectants sont suivis de manifestations ultérieures plus ou moins grandes. Si les accidents ont peu de gravité, les doses de mercure seront faibles; s'ils sont graves, les doses seront plus élevées, la médication plus active. On prétend que les récidives sont fréquentes dans les syphilis

graves, malignes, et on part de là pour faire la guerre au mercure et nier ses propriétés. On entre ainsi dans une voie malheureuse; on oublie la règle à laquelle on préfère l'exception, à mon sens.

M. Ricord, comme tous les syphiliographes actuels, a une foi inébranlable dans le mercure qu'il administre, dès qu'il a constaté la nature infectante de l'accident primitif et il formule ainsi la mesure pratique de sa médication : « Six mois de traitement à une dose journalière, qui influence les accidents à combattre, et qui indique, après qu'ils ont été détruits, que le médicament agit encore par ses effets physiologiques connus; puis, trois mois d'un traitement ioduré destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse: telle est la médication qui donne des cures soutenues, qui réussit, dans la majorité des cas, à neutraliser le virus, je dirais presque à guérir la vérole, dans la généralité de ses manifestations. » (*Leçons sur le chancre*, page 221.) J'ai indiqué plus haut la méthode de M. Sée; s'il y a des néoplasmes, il donne le mercure jusqu'à leur disparition complète; s'il y a des lésions profondes dans lesquelles domine toujours le tissu connectif, il administre l'iodure de potassium jusqu'à atrophie, jusqu'à disparition de ces lésions. S'il survient ultérieurement de nouvelles poussées, il guérit les manifestations superficielles et profondes de la même façon. M. Sée recourt souvent aux sulfureux pour hâter les manifestations superficielles surtout et les guérir aussitôt; les toniques sont aussi un grand adjuvant de son traitement.

Les préparations mercurielles les plus usitées sont : le protoiodure, le biiodure, le bichlorure et le mercure métallique. Le bichlorure a, selon moi, l'avantage de

ne point provoquer la salivation, et je lui donne, de ce chef, la préférence, surtout pour les femmes et les sujets faibles. En seconde ligne, je place le protoiodure, très-employé par Biett, par M. Ricord, par M. Sée et bien d'autres praticiens très-habiles et très-expérimentés; mais, il m'a semblé qu'il provoque plus souvent la salivation et qu'il a sur l'intestin une action purgative nettement accusée chez beaucoup de sujets. Je rejette le biiodure, qui a sur la muqueuse de l'estomac une action irritante très-prononcée qui empêche souvent de le continuer. Quant aux frictions mercurielles, on en obtient des résultats merveilleux dans un temps très-court; malheureusement, elles produisent rapidement la salivation. Le mercure métallique à l'intérieur a aussi de bons effets, et nombre de praticiens l'emploient habituellement; mais on peut lui reprocher aussi son action sur les glandes salivaires et sur l'intestin. Les sels de bioxyde doivent être préférés aux sels de protoxyde ou à leurs correspondants. A l'intérieur ou à l'extérieur, les sels de protoxyde, s'ils sont très-divisés, amènent facilement la salivation et la diarrhée : tels sont le calomel, le protoiodure, et les corps de la même série qui se rapprochent le plus du métal, et dont la réduction en métal et en sel de bioxyde est facile. Déjà, à propos de la théorie de M. Mialhe, on a fait observer que le bichlorure n'a pas la moindre action purgative. La transformation du calomel en sublimé, par les chlorures alcalins de l'économie, n'a jamais pu être expliquée chimiquement; cette transformation s'opère naturellement en présence des matières protéiques; le calomel se dédouble en partie en mercure métallique et en bichlorure qui s'unit à l'albumine. Le mercure, sor-

tant de combinaison, amène la purgation avec une énergie d'autant plus grande qu'il est plus divisé. Si l'on compare au bichlorure le biiodure, qui a la même formule chimique, il est possible de se rendre compte de la différence de leur action sur l'économie. L'affinité de l'iode pour le mercure est bien moindre que celle du chlore; aussi, en présence des matières organiques, l'iode abandonne une partie du métal, qu'il laisse libre, pour se fixer sur les matières organiques; le bichlorure, au contraire, se combine entièrement à l'albumine sans se décomposer. Ce qui existe pour le biiodure existe *à fortiori* pour le protoiodure dont la combinaison est fort instable; une forte partie se trouve décomposée en iode qui se fixe aux matières organiques, et en métal qui devient libre. On connaît l'action de l'air sur l'acide iodhydrique qu'il décompose; on sait, au contraire, que l'acide chlorhydrique est inaltérable. La stabilité des composés chlorés est bien supérieure, surtout pour le bichlorure, à celle des composés iodés. On s'explique ainsi la rareté de la salivation avec le bichlorure qui est stable, et sa fréquence avec le calomel et les composés iodés qui sont essentiellement instables. J'ajouterai, en terminant, que le mercure guérit les manifestations du virus syphilitique, sous quelque forme qu'on l'administre; mais il importe de prendre en considération le tempérament du malade, son âge, son sexe, les conditions individuelles enfin, ainsi que le plus ou moins de gravité de la maladie. Les sulfureux, les toniques et une bonne hygiène viendront puissamment en aide au traitement.

FIN